

Jadwal Kegiatan

No.	Jadwal Kegiatan	Maret				April				Mei					Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
1.	Penyusunan proposal	■	■	■	■	■	■											
2.	Pengambilan data	■																
3.	Penyusunan laporan							■	■	■								
4.	Ujian											■						
5.	Revisi laporan												■	■	■			



**YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Po Box. 1054 Telp. (024) 6583584 psw 266, 6581278 Semarang 50112

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 168/ F.D3 / FIK-SA / V / 2018
Lamp : - Lembar
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Kepada Yth.
Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang
Di
Semarang

Assalamu'alaikum Wr Wb

Berkenaan dengan tugas penyusunan karya tulis ilmiah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang, untuk itu kami mohon ijin mahasiswa Sbb :

Nama : Tria Evita Sari
NIM : 48933201671
Semester : VI

Untuk melakukan pengambilan data di RS Islam Sultan Agung Semarang mulai
Tanggal 5 – 16 Maret 2018

Demikian Permohonan ini kami buat, Atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

**Billahittaufiq Wal Hidayah,
Wassalamu'alaikum Wr Wb.**

Semarang, 8 Ramadhan 1439 H
24 Mei 2018 M

Universitas Islam Sultan Agung
Fakultas Ilmu Keperawatan
Prodi D.III Keperawatan


Ns. Muhi. Abdurrouf, M.Kep
Ka.Prödi

Lampiran 3

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Orang tua responden
Di Semarang

Dengan Hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tria Evita Sari

NIM : 48933201671

Merupakan mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang akan mengadakan studi kasus dengan judul ***“Oral Rehydration Solution (ORS) Sebagai Terapi Pada Pasien Dengan Vomitus Profuse Disertai DADS”***. Studi kasus ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi siapapun. Kerahasiaan seluruh informasi akan dijaga dan hanya digunakan untk kepentingan studi kasus. Tidak ada paksaan dalam keikutsertaan untuk menjadi responden studi kasus. Untuk itu saya mohon kesediaan anda untuk berpartisipasi menjadi responden dalam studi kasus ini. Atas perhatian dan partisipasi Anda, saya ucapkan terima kasih.

Semarang, Maret 2018

Hormat saya



Tria Evita Sari

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Inisial :

Jenis Kelamin :

Umur :

Setelah mendapatkan penjelasan tentang maksud dan tujuan studi kasus ini, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden yang akan dilakukan oleh saudari Fatkhiyah Hanim mahasiswa jurusan DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan studi kasus yang berjudul ***“Oral Rehydration Solution (ORS) Sebagai Terapi Pada Pasien Dengan Vomitus Profuse Disertai DADS”***

Saya memahami bahwa studi kasus ini tidak akan berakibat buruk terhadap saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini.

Semarang, Maret 2018

Responden

(.....)

INSTRUMEN STUDI KASUS

Instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini adalah dengan penilaian derajat dehidrasi menurut Wijayaningsih (2013) .

Bagian tubuh yang di periksa	0	1	2
Keadaan umum	Sehat	Gelisah,cengeng,apatis,ngantuk	Mengigau, koma, syok
Kekenyalan kulit	Normal	Sedikit kurang	Sangat kurang
Mata	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Ukun-ukun	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Mulut	Normal	Kering	Kering dan sianosis
Denyut nadi	Kuat <120	Sedang (120-140)	Lemas >40

Keterangan :

1. Jika mendapat nilai 0-2 dehidrasi (ringan)
2. Jika mendapat nilai 3-6 derajat (sedang)
3. Jika mendapat nilai 7-12 derajat (berat)

Lampiran 6

LEMBAR PROSES BIMBINGAN

NAMA MAHASISWA : Tria Evita Sari
PEMBIMBING : Ns. Nopi Nur Khasanah, M.Kep, Sp.Kep.An

HARI/ TGL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Selasa, 13 Maret 2018.	1. Konsul BAB I 2. Konsul Judul.	1. Judul Fix 2. Perbaiki BAB I.	
Jumat 16 Maret 2018.	1. Konsul revisi BAB I	1. Revisi BAB I.	

Selasa, 20 Maret 2018	Kontrol BAB I	Langjutkan BAB II.	
Kamis, 22 Maret 2018	Kontrol BAB II	1. Kontrol BAB II 2. Cari referensi lagi. 3. Tabel pakai spasi 1	
Jumat 23 Maret 2018	Kontrol BAB II	Langjutkan BAB 3, 4, 5 dan!	

Senin, 2 April 2018	Kontrol BAB 3 dan 4.	- Revisi BAB 3 dan 4. - Diperbaiki BAB 3 nya - Pembahasan dijelaskan gambarannya umumnya.	
Rabu, 4 April 2018	Kontrol BAB 3 dan 4.	- Revisi BAB 3 dan 4. - Tambahkan lagi prosedur nya dijelaskan	
Selasa, 10 April 2018	Kontrol BAB 3 dan 4.	1. Revisi BAB 3 dan 4. 2. Diperbaiki lagi penulisan	

Rabu, 18 April 2018	Konsul BAB 3 dan 4.	revisi BAB 3 dan 4 lagi ya. Tambahkan lagi sedikit artinya dijelaskan.	
Kamis 19 April 2018	Konsul BAB 3 dan 4.	lanjutan BAB 5	
Kamis 25 April 2018	Konsul BAB 5.	Perbaiki yang direkomendasi ya. ditambahkan lagi	

Jumat 27 April 2018	Konsul BABS	Langjut pengesahan dan turbitin.	
Jumat 4 Mei 2018	Konsul Lembam Pengesahan	Langutkan Jild	
Jumat 11 Mei 2018	KTI fix	ACE	

Asuhan Keperawatan Pada An.N dengan Vomit Profuse disertai dengan DADS

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas pasien

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 5 Maret 2018 pada pukul 08.00 WIB di ruang Baitunissa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pasien bernama An.N berumur 7 bulan seorang bayi laki-laki. Pasien seorang muslim dan bertempat tinggal di Genuk, pasien anak dari Tn.A dan Ny.M. Pasien masuk rumah sakit di bawa Tn.A dan Ny.M pada tanggal 5 Maret 2018 dengan diagnosa Vomit Profuse di sertai DADS dengan rekam medik 01344267.

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Ibu dari An.N mengatakan bahwa anaknya demam dan muntah 5 x dalam sehari serta batuk pilek.

2. Status Kesehatan Saat Ini

Ibu dari An.N mengatakan bahwa membawa An.N ke IGD RSI Sultan Agung pada tanggal 5 Maret 2018 pada pukul 00.10 WIB dengan keluhan demam selama dua hari yang lalu, serta muntah 5x dalam sehari dan batuk pilek. Saat di periksa di IGD suhu badan An.N adalah 39 °C, nadi 118x/menit, pernafasan 29x/menit. Pada saat di IGD An.N mendapatkan terapi infus 2A ½ N 10 tpm, injeksi ondancetron 2 mg, injeksi paracetamol 125 mg. Dan An.N dipindahkan ke ruang Baitunissa 1 untuk dilakukan perawatan. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 5 Maret 2018 pukul 09.00 di dapatkan data Ny.M mengatakan anaknya agak enakan tapi masih muntah dan tambah muncul diare. Saat diperiksa suhu An.N adalah 38 °C, BB: 7 kg, nadi 100x/menit, dan pernafasan 20x/menit. Muntah 4x dengan dan diare 4x sehari dengan konsistensi cair dan ada ampasnya sedikit. Terpasang infus RL 12 tpm pada tangan kanan.

3. Riwayat Kesehatan Lalu

Ny.M mengatakan bahwa An.N mempunyai riwayat demam dan batuk pilek. Tidak ada alergi obat ataupun yang lainnya.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ny.M mengatakan bahwa keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit.

5. Riwayat Sosial

Ny.M mengatakan bahwa anaknya di asuh sendiri tidak diasuh dengan orang lain. Ny.M mengatakan bahwa anaknya terbiasa menghisap jarinya dan sering ngompol.

c. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gardon

1. Persepsi Kesehatan/Penanganan Kesehatan

Ny.M mengatakan bahwa status kesehatan An.N pada saat lahir adalah baik selalu di periksakan di klinik terdekat jika An.N sakit.

2. Nutrisi/Metabolik

Ny.M mengatakan bahwa An.N diberikan ASI dengan perkiraan jumlah minum 10cc, kekuatan menghisapnya baik. Nafsu makan rendah .Diet yang di anjurkan adalah dengan banyak makan dan minium yang mengandung cairan yang banyak misalnya makan bubur dan minum ASI.

Ny.M mengatakan An.N mual dan muntah. Muntahnya 5 x sehari dengan sekali muntah kira-kira mengeluarkan cairan 500 cc. Terpasang cairan intravena bagian tangan kiri dengan cairan RL 12 tpm. Tidak terpasang NGT.

Tabel 4.1 Perhitungan Balance Cairan

Intake		Output	
ASI	500 cc	Urine	600 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	1000 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	500 cc
Theraphy injeksi	790 cc	IWL	$(30-\text{usia}(\text{tahun})) \times \text{bb} =$ $(30-1) \times 7 \text{ kg} = 29 \times 7 =$ 203
Air	$8 \text{ cc} \times \text{BB} =$		
metabolisme	$8\text{cc} \times 7 \text{ kg} =$ 56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2410-2303 = +107 \text{ cc}$$

3. Eliminasi

Ny.M mengatakan bahwa anaknya diare sehari lebih dari 3x dengan konsistensi cair kadang ada ampasnya dan tidak berdarah.

Ny.M mengatakan bahwa anaknya BAK hanya sedikit ,sehari bisa ganti pempers 4x perkiraan jumlah 500 cc dan berwarna kuning.

4. Aktivitas/Latihan

Ny.M mengatakan bahwa anaknya lemah lesu dan merengek rewel.

5. Tidur/Istirahat

Ny.M mengatakan anaknya sering mengantuk karena lemah dan lesu akibat dehidrasi dan diare yang sedang di rasakannya.

Pola tidurnya 10-11 jam per hari

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Pasien dalam keadaan composmentis. Keadaan umum lemah dan lesu.

2. Tanda Vital

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan S : 38°C , N: 118x/menit, RR : 29x/menit

3. Antropometri

Berat badan : 7 kg

4. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, ubun-ubun besar dan cekung, rambut masih sedikit seperti bulu halus, kulit kepala kering bersih, tidak ada lesi.

5. Mata

Reaksi terhadap cahaya positif, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak memakai alat bantu penglihatan.

6. Hidung

Bentuk hidung simetris, bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, saat pengkajian tidak menggunakan oksigen.

7. Mulut

Gigi masih 4 biji , tidak ada kesulitan menelan, tidak ada stomatitis, mukosa kering dan pasien merasa haus.

8. Telinga

Bentuk telinga seimetris kanan dan kiri, tidak adaserumen dan tidak ada titanus.

9. Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

10. Dada

Pemeriksaan jantung Inspeksi ictus cordis tidak tampak, saat di palpasi tidak ada nyeri tekan, auskultasi terdengar suara pekak.

Pemeriksaan paru-paru, inspeksi dada simetris kanan dan kiri dan tidak ada retraksi dada, saat dipalpasi teraba vocal premitus, perkusi bunyi sonor, auskultasi vasikuler.

11. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen tidak terlihat pembesaran pada abdomen, saat di auskultasi peristaltik usus meningkat 20x/menit saat di perkusi terdengar suara tymphani, dan saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

12. Genetelia

Saat di periksa genetelianya bersih, tidak ada puss ataupun massa.

13. Ekstremitas

Pasien terlihat lemah, aktivitas menurun.

14. Kulit

Kulit terlihat kering, selaput mukosa kering, tidak berkeringat, turgor kulit kembali dalam 2 detik (dehidrasi sedang).

e. Pemeriksaan Perkembangan

Berat badan saat lahir adalah 3 kg saat ini berat badannya adalah 7 kg
Dan sudah tumbuh gigi 4 biji.

f. Therapy

Pada tanggal 5-8 Maret 2018 pasien mendapatkan terapi antara lain infus RL 2A ½ N 12 tpm, injeksi cefotaxime 3x200 mg, methyl 3x15 mg, ranitidin 2x10 mg, ondancetron 3x0,8 mg, PCT drop 3x0,8 cc, Lacto B 2x1 50 cc, Zink pro 1x1 20 mg.

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 5 Maret 2018 di dapatkan hasil hemoglobin 12.6 g/dl dengan rentan normal 10.1-12.9 g/dl, hematokrit 38.8 dengan rentan normal 35-43 %, leukosit 17.51 ribu/uL dengan rentan normal 6.0-17.5 ribu/uL, eritrosit 4.96 juta/uL dengan rentan normal 4.4-5.9 juta/uL, trombosit 321 ribu/uL dengan rentan normal 217-497 ribu/uL, eosinofil% 0.1% dengan rentan normal 1-5 %, basofil% 0.2% dengan rentan normal 0-1 %, neutrofil% 51.9% dengan rentan normal 17-50 %, limfosit% 36.1 % dengan rentan normal 20-70 %, monosit% 11.4% dengan rentan normal 1-11 %, IG% 0,3% . MCV 77.9 dengan rentan normal 74-106 fl, MCH 25,3 dengan rentan normal 21-33 pg, MCHC 32.5 dengan rentan normal 28-31 g/dl, Golongan Darah/Rh B/Positif, Natrium 142.7 mmol/L dengan rentan normal 129-143 mmol/L, Kalium 4.21 mmol/L dengan rentan normal 3.5-5 mmol/L , Chloride 106.1 mmol/L dengan rentan normal 95-105 mmol/L

2. Analisa data

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 5 Maret 2018 penulis menganalisa data dan di dapatkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan. Masalah tersebut ditandai dengan data subyektif pasien rewel, merengek dan gelisah dan Ny.M mengatakan An.N merasa haus, dan data objektif saat pemeriksaan didapatkan mukosa bibir kering, kulit kering, saat disentuh kembali lagi dalam 2 detik, ubun-ubun cekung, Balance cairan :

Tabel 4.1 Perhitungan Balance Cairan

Intake		Output	
ASI	500 cc	Urine	600 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	1000 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	500 cc
Theraphy injeksi	790 cc	IWL	$(30 - \text{usia(tahun)}) \times \text{bb} =$ $(30 - 1) \times 7 \text{ kg} = 29 \times 7 =$ 203
Air	$8 \text{ cc} \times \text{BB} =$		
metabolisme	$8 \text{ cc} \times 7 \text{ kg} =$ 56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2410 - 2303 = +107 \text{ cc}$$

3. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data, penulis dapat menentukan diagnosa keperawatan yaitu kekurangan volume cairan.

4. Planning / Intervensi dan Implementasi

Masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 5 Maret 2018 tersebut selanjutnya di susun suatu intervensi tindakan keperawatan sebagai tindak lanjut pelaksanaan asuhan keperawatan pada An.N Diagnosa kekurangan volume cairan setelah dilakukan tindakan selama 3x7 jam diharapkan gangguan kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil mukosa tidak kering, kulit tidak kering, balance cairan normal, dehidrasi berkurang, diare berkurang.

Intervensi pertama dilakukan pada tanggal 6 Maret 2018 pada pukul 08.00 WIB yang dilakukan adalah observasi tanda-tanda vital, rasionalnya adalah untuk mengetahui perubahan tanda –tanda vital. Intervensi kedua memantau balance cairan, dengan rasionalnya bisa memantau intake dan output pasien. Intervensi ketiga adalah dengan pemberian ORS Therapy dengan rasionalnya setelah dilakukan pemberian ORS Therapy pasien dehidrasinya berkurang serta frekuensi diarenya bisa berkurang frekuensi dan konsistensinya.

Implementasi

Setelah menyusun intervensi berdasarkan masalah, kemudian dilakukan implementasi sebagai tindak lanjut pelaksanaan asuhan keperawatan pada An.N. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi pasien dengan diagnosa kekurangan volume cairan pada tanggal 6 Maret 2018 yaitu, mengobservasi tanda-tanda vital pasien pada pukul 08.30 WIB dengan pasien bersedia dengan hasil S: 36,5°C , N: 100x/menit, RR: 20x/menit. Selanjutnya penulis melakukan pemantauan balance cairan pada pukul 09.00 WIB dengan menghitung intake dan output pasien dan di hasilkan balance cairan :

Tabel 4.1 Perhitungan Balance Cairan

Intake		Output	
ASI	500 cc	Urine	600 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	1000 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	500 cc
Theraphy injeksi	790 cc	IWL	$(30 - \text{usia(tahun)}) \times \text{bb} =$ $(30 - 1) \times 7 \text{ kg} = 29 \times 7 =$ 203
Air metabolisme	$8 \text{ cc} \times \text{BB} =$ $8 \text{ cc} \times 7 \text{ kg} =$ 56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2410 - 2303 = +107 \text{ cc}$$

Selanjutnya penulis melakukan intervensi ketiga pada pukul 08.00 WIB yaitu dengan pemberian ORS Therapy , penulis sudah menyiapkan larutan ORS dengan komposisi larutan gula 2 cc, larutan garam 2 cc, dan air 1 cc setiap 5 menit, lalu larutan kedua dengan komposisi larutan gula 5 cc, larutan garam 5 cc, dan air 5 cc untuk pemberian 15 menit pertama, selanjutnya untuk larutan ketiga dengan komposisi larutan gula 10 cc, larutan garam 10 cc, dan larutan air 10 cc untuk pemberian setiap 1-2 jam setelah pemberian larutan kedua. pada saat pemberian pertama dengan respon pasien agak rewel saat di berikan ORS Therapy namun di bantu oleh ibunya.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi pasien dengan diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan pada tanggal 7 Maret 2018 yaitu mengobservasi tanda tanda vital pasien pada pukul 08.30 WIB dengan respon pasien bersedia, dengan hasil S: 36,5 °C, N: 100x/menit, RR : 22x/menit, BB: 7 kg. Selanjutnya penulis melakukan pemantauan cairan pada puku 09.00 WIB dengan cara menghitung balance cairan :

Tabel 4.2 Perhitungan Balance cairan

Intake		Output	
ASI	600 cc	Urine	500 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	900 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	400 cc
Theraphy injeksi	788 cc	IWL	$(30 - \text{usia(tahun)}) \times \text{bb} =$ $(30 - 1) \times 7 \text{ kg} = 29 \times 7 =$ 203
Air metabolism	$8 \text{ cc} \times \text{BB} =$ $8 \text{cc} \times 7 \text{ kg} =$ 56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2508 - 2003 = +550 \text{ cc}$$

Selanjutnya penulis melakukan intervensi ketiga pada pukul 08.00 WIB yaitu dengan pemberian ORS Therapy , penulis sudah menyiapkan larutan ORS dengan komposisi dengan komposisi larutan dikurangi karena sudah cukup membaik larutan gula 2 cc, larutan garam 2 cc, dan air 1 cc setiap 5 menit, lalu larutan kedua dengan komposisi larutan gula 5 cc, larutan garam 5 cc, dan air 5 cc untuk pemberian 15 menit pertama, selanjutnya untuk larutan ketiga dengan komposisi larutan gula 5 cc, larutan garam 5 cc, dan larutan air 5 cc untuk pemberian setiap 1-2 jam dengan respon pasien agak rewel saat di berikan ORS Therapy namun di bantu oleh ibunya.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi pasien dengan diagnosa kekurangan volume cairan pada tanggal 8 Maret 2018 yaitu mengobservasi tanda-tanda vital pasien pada pukul 08.00 dengan respon pasien bersedia, dengan hasil S : 36,5°C , N : 100x/menit , RR : 22x/menit, BB :7kg. Selanjutnya penulis melakukan pemantauan cairan pada pukul 08.30 WIB dengan melakukan penghitungan balance cairan:

Tabel 4.3 Perhitungan Balance Cairan

Intake		Output	
ASI	600 cc	Urine	500 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	800 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	200 cc
Theraphy injeksi	788 cc	IWL	$(30-\text{usia}(\text{tahun})) \times \text{bb} =$ $(30-1) \times 7 \text{ kg} = 29 \times 7 =$ 203
Air	$8 \text{ cc} \times \text{BB} =$		
metabolisme	$8 \text{ cc} \times 7 \text{ kg} =$ 56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2508-1703 = +805 \text{ cc}$$

5. Evaluasi

Evaluasi adalah mengukur respon pasien terhadap tindakan kepeawatan dan kemajuan pasien terhadap kemajuan tujuan. Diagnosa kekurangan volume cairan pada tanggal 6 Maret 2018 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi keperawatan dengan evaluasi subyektif pasien merasa cukup tidak haus lagi diare berkurang dari 6 kali menjadi 5 kali dan disertai dengan evaluasi obyektif dengan tanda tanda vital S: 36,5 °C , N : 100x/menit , RR : 20x/menit ,penghitungan balance cairan

Tabel 4.1 Perhitungan Balance Cairan

Intake		Output	
ASI	500 cc	Urine	500 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	1000 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	500 cc
Theraphy injeksi	790 cc	IWL	$(30-\text{usia}(\text{tahun})) \times \text{bb} =$ $(30-1) \times 7 \text{ kg} = 29 \times 7 =$ 203
Air	$8 \text{ cc} \times \text{BB} =$		
metabolisme	$8 \text{ cc} \times 7 \text{ kg} =$ 56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2410-2303 = +107 \text{ cc}$$

Di tandai dengan mukosa bibir masih kering, turgor kulit masih kering. Di simpulkan bahwa masalah kekurangan volume cairan belum teratasi dan penulis merencanakan untuk mempertahankan intervensi pada hari berikutnya.

Pada tanggal 7 Maret 2018 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi keperawatan dengan evaluasi subyektif pasien merasa cukup tidak haus lagi diare berkurang dari 5 kali menjadi 4 kali dan disertai dengan evaluasi obyektif dengan tanda tanda vital S: 36,5 °C , N : 100x/menit , RR : 20x/menit ,penghitungan balance cairan :

Tabel 4.2 Perhitungan Balance cairan			
Intake		Output	
ASI	600 cc	Urine	500 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	900 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	400 cc
Theraphy injeksi	788 cc	IWL	(30-usia(tahun))xbb = (30-1)x 7 kg = 29 x 7 = 203
Air metabolisme	8 cc x BB = 8cc x7 kg = 56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2508-2003 = +505 \text{ cc}$$

Pada tanggal 8 Maret 2018 pukul 14.00 WIB dilakukan evaluasi keperawatan dengan evaluasi subyektif pasien merasa tidak haus lagi diare berkurang dari 4 kali menjadi 3kali dan disertai dengan evaluasi obyektif dengan tanda tanda vital S: 36,5 °C , N : 100x/menit , RR : 20x/menit ,penghitungan balance cairan :

Tabel 4.3 Perhitungan Balance Cairan			
Intake		Output	
ASI	600 cc	Urine	500 cc
Air dan makanan	200 cc	Feces	800 cc
Cairan infus	864 cc	Muntah	200 cc
Theraphy	788 cc	IWL	(30-usia(tahun))xbb =

injeksi			
Air	8 cc x BB =		$(30-1) \times 7 \text{ kg} = 29 \times 7 =$
metabolisme	8cc x 7 kg =		203
	56		

Balance Cairan : Intake-Output

$$2508 - 1703 = +805 \text{ cc}$$