

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dimulai pada tanggal 12-30 April 2021 di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar. Pengkajian keperawatan pada pasien kasus kelolaan I yaitu Ny. NP dilaksanakan pada tanggal 14 April 2021 pukul 12.00 WITA sedangkan pengkajian keperawatan pada pasien kasus kelolaan II yaitu Tn. WB dilaksanakan pada tanggal 18 April 2021 pukul 09.00 WITA.

Tabel 3

Pengkajian Primer Kasus Kelolaan Utama Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I		Kasus II	
1		2	
Identitas Pasien		Identitas Pasien	
Nama	: Ny. NP	Nama	: Tn.WB
Umur	: 62 tahun	Umur	: 70 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Tidak bekerja	Pekerjaan	: Tidak bekerja
Agama	: Hindu	Agama	: Hindu
Tanggal Masuk RS	: 14 April 2021	Tanggal Masuk RS	: 18 April 2021
Alasan Masuk	: Penurunan kesadaran	Alasan Masuk	: Lemas
Diagnosa Medis	: Syok Hipovolemik dd Sepsis	Diagnosa Medis	: Syok Hipovolemik ec Low Intake
Initial survey	: Pain	Initial survey	: Verbal
Warna triage	: P1	Warna triage	: P1
Survei Primer dan Resusitasi		Survei Primer dan Resusitasi	
<i>a. Airway</i> dan kontrol servikal		<i>a. Airway</i> dan kontrol servikal	
Keadaan jalan nafas		Keadaan jalan nafas	
Tingkat kesadaran	: Somnolen	Tingkat kesadaran	: Apatis
Pernafasan	: Spontan	Pernafasan	: Spontan
Upaya bernafas	: Ada	Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: -	Benda asing di jalan nafas	: -
Bunyi nafas	: Vesikuler +/-,	Bunyi nafas	: Vesikuler +/-
Ronchi +/-		Hembusan nafas	: Lemah
Hembusan nafas	: Lemah		

1	2
<p><i>b. Breathing</i></p> <p>Fungsi pernafasan</p> <p>Jenis Pernafasan : Takipnea</p> <p>Frekwensi Pernafasan: 28x/menit</p> <p>Retraksi Otot bantu nafas:-</p> <p>Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris</p> <p>Bunyi nafas : Vesikuler +/+, Ronchi +/+</p> <p>Hembusan nafas : Lemah</p>	<p><i>b. Breathing</i></p> <p>Fungsi pernafasan</p> <p>Jenis Pernafasan : Normal</p> <p>Frekwensi Pernafasan: 20x/menit</p> <p>Retraksi Otot bantu nafas:-</p> <p>Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris</p> <p>Bunyi nafas : Vesikuler +/+, Ronchi +/+</p> <p>Hembusan nafas : Lemah</p>
<p><i>c. Circulation</i></p> <p>Keadaan sirkulasi</p> <p>Tingkat kesadaran : Somnolen</p> <p>Perdarahan (internal/eksternal):-</p> <p>Kapilari Refill : >2 detik</p> <p>Tekanan darah : 58/32 mmHg</p> <p>Nadi radial/carotis : 148x/menit</p> <p>Akral perifer : Dingin</p>	<p><i>c. Circulation</i></p> <p>Keadaan sirkulasi</p> <p>Tingkat kesadaran : Apatis</p> <p>Perdarahan (internal/eksternal):-</p> <p>Kapilari Refill : >2 detik</p> <p>Tekanan darah : 70/palpasi mmHg</p> <p>Nadi radial/carotis : 124x/menit</p> <p>Akral perifer : Dingin</p>
<p><i>d. Disability</i></p> <p>Pemeriksaan Neurologis:</p> <p>Disability</p> <p>GCS : E₂V₃M₅ : 10</p> <p>Reflex fisiologis : Normal</p> <p>Reflex patologis : Tidak ada</p> <p>Kekuatan otot : 555 555</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">555 555</p>	<p><i>d. Disability</i></p> <p>Pemeriksaan Neurologis:</p> <p>Disability</p> <p>GCS : E₃V₄M₅ : 12</p> <p>Reflex fisiologis : Normal</p> <p>Reflex patologis : Tidak ada</p> <p>Kekuatan otot : 555 555</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">555 555</p>

Tabel 4
Pengkajian Sekunder Kasus Kelolaan Utama Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I	Kasus II
<p>Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder</p> <p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit maag sejak 2 tahun yang lalu dan 3 tahun yang lalu sempat memiliki riwayat penyakit pembengkakan paru.</p> <p>b. RKS Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani diantar oleh keluarga dengan keluhan tidak sadar sejak siang pukul 11.00 WITA. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat demam, sesak dan batuk sejak seminggu sebelum MRS dan muntah berwarna merah sejak seminggu yang lalu dan memburuk sejak 3 hari yang lalu. Makan minum dikatakan menurun dan pasien dikatakan muntah tiap kali diberikan makan dan minum yang dalam sehari bisa 10x muntah. Keluarga pasien mengatakan sejak 2hari SMRS pasien tidak mau makan dan minum dan pasien memiliki riwayat maag sejak 2 tahun yang lalu. Keadaan umum : lemah, kesadaran somnolen, GCS:10 E₂V₃M₅, CRT >2detik, SaO₂ : 58%,TD: 58/32mmHg, N:148x/menit,S:37,8°C,RR: 28x/menit, GDS : 96 mg/dL. Diagnose medis saat ini Syok hypovolemik dd sepsis.</p> <p>c. RKK Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang diderita pasien saat ini. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun penyakit menular.</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien tidak mengalami trauma</p>	<p>Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder</p> <p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan sering mengeluh mual dan nyeri ulu hati sejak 1 tahun belakangan.</p> <p>b. RKS Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar diantar oleh keluarga dengan keluhan lemas sejak seminggu memberat sejak 3 hari sebelum MRS. Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran apatis. Keluarga mengatakan makan dan minum menurun sejak 5 hari yang lalu dan muntah sejak 3 hari yang lalu, kencing kemerahan dan keluar sedikit. Riwayat demam sekitar 1 minggu sudah dibelikan obat dan riwayat hipertensi tidak terkontrol. Keadaan umum: lemah, kesadaran apatis, GCS:12 E₃V₄M₅, CRT >2 detik, SaO₂ : 96%, TD: 70/palpasi mmHg, N: 124x/menit, S: 36,5°C, RR: 20x/menit, GDS: 196 mg/dL. Diagnosa medis saat ini Syok Hipovolemik ec Low Intake.</p> <p>c. RKK Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang diderita pasien saat ini. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun penyakit menular.</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien tidak mengalami trauma</p>

Tabel 5
Pemeriksaan Fisik Kasus Kelolaan Utama Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I	Kasus II
1	2
Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)	Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)
a. Kepala : Normocephal	a. Kepala : Normocephal
Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.	Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.
Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih.	Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih.
Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi.	Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi.
Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.	Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.
Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.	Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi tidak lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.
Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema.	Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema.
b. Leher : Bentuk leher normal, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, dan nadi karotis teraba lemah.	b. Leher : Bentuk leher normal, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, dan nadi karotis teraba lemah.
c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan	c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan
Paru-paru	Paru-paru
Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan.	Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan.
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
Perkusi : Sonor	Perkusi : Sonor
Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/-	Auskultasi : Vesikuler +/-
Jantung	Jantung
Inspeksi : Gerak dada simetris	Inspeksi : Gerak dada simetris

1	2
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung.	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung.
Perkusi : normal	Perkusi : normal
Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur(-)	Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)
d. Abdomen	d. Abdomen
Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.	Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.
Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)	Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)
Perkusi : Timpani	Perkusi : Timpani
Auskultasi : Bising usus (+)	Auskultasi : Bising usus (+)
e. Pelvis	e. Pelvis
Inspeksi : Bentuk pelvis simetris	Inspeksi : Bentuk pelvis simetris
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
f. Perineum&rektum : Tidak dikaji	f. Perineum&rektum : Tidak dikaji
g. Genitalia : Tidak dikaji	g. Genitalia : Tidak dikaji
h. Ekstremitas	h. Ekstremitas
Status sirkulasi : CRT >2detik	Status sirkulasi : CRT >2detik
Keadaan injury : Tidak ada	Keadaan injury : Tidak ada
i. Neurologis	i. Neurologis
Fungsi sensorik : Normal	Fungsi sensorik : Normal
Fungsi motorik : Normal	Fungsi motorik : Normal

Tabel 6
Pemeriksaan Penunjang Kasus Kelolaan Utama Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I	Kasus II
Pemeriksaan Laboratorium	Pemeriksaan Laboratorium
Hematologi	Hematologi
Darah Lengkap	Darah Lengkap
Trombosit (PLT) : 77 $10^3/uL$	Trombosit (PLT) : 381 $10^3/uL$
PCT : 0.090 %	PCT : 0.345 %
MCV : 85,7 fL	MCV : 90,0 fL
MCHC : 33,8 g/dL	MCHC : 33,3 g/dL
MCH : 29,0 Pg	MCH : 30,0 Pg
Leukosit (WBC) : 18,96 $10^3/uL$	Leukosit (WBC) : 10,88 $10^3/uL$
Hemoglobin (HGB) : 12.9 g/dL	Hemoglobin (HGB) : 14.0 g/dL
Hematocrit (HCT) : 38,1 %	Hematocrit (HCT) : 42,1 %
Eritrosit (RBC) : 4.44 $10^6/uL$	Eritrosit (RBC) : 4.67 $10^6/uL$
Kimia Klinik	Kimia Klinik
Ureum : 251,0 mg/dL	Ureum : 324,1 mg/dL
SGPT : 13 U/L	SGPT : 30 U/L
SGOT : 89 U/L	SGOT : 40 U/L
Pemeriksaan Elektrolit	Pemeriksaan Elektrolit
Natrium : 136 mmol/I	Natrium : 146 mmol/I
Kalium : 5,7 mmol/I	Kalium : 5,4 mmol/I
Glukosa sewaktu : 72 mg/dL	Glukosa sewaktu : 154 mg/dL
Creatinine : 4,53 mg/dL	Creatinine : 2,63 mg/dL
Chloride : 103 mmol/I	Chloride : 108 mmol/I
Hasil Pemeriksaan Diagnostik	Hasil Pemeriksaan Diagnostik
Belum dilakukan pemeriksaan diagnostik karena kondisi pasien belum stabil	Foto thorax AP: Corakan bronchovaskuler pada kedua lapangan paru dalam batas normal Cor: Bentuk, letak dan ukuran dalam batas normal Aorta elongasi dan kalsifikasi pada dindingnya Kedua sinus dan diafragma baik Tulang-tulang intak Kesan: Elongation et atherosclerosis aorta Cor dan pulmo dalam batas normal
Terapi Dokter	Terapi Dokter
a. IVFD loading 3 fls NaCl 0,9% (12.08 WITA) (IV)	a. IVFD loading 2 fls NaCl (09.10) (IV)
b. Oksigen NRM 15 lpm (12.00 WITA)	b. Omeprazole 1 vial (10.20)(IV)
c. Omeprazole 2 vial (12.30 WITA) (IV)	
d. IVFD D5% 20tpm (stop GDA sudah 103 mg/dL) (13.48 WITA) (IV)	

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada kasus kelolaan utama pasien mengalami mual muntah, diare dan penurunan asupan nutrisi hal ini yang menjadi faktor penyebab pasien mengalami syok hipovolemik. Pada kasus kelolaan I kondisi pasien sesuai dengan tanda gejala mayor seperti frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun selanjutnya pada tanda gejala minor status mental berubah. Pada kasus kelolaan II kondisi pasien sesuai dengan tanda gejala mayor seperti frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun selanjutnya pada tanda gejala minor seperti status mental berubah dan konsentrasi urine meningkat. Adapun analisis masalah keperawatan pada dua kasus kelolaan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 7
Analisis Masalah Keperawatan Kasus I Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

DATA	ANALISIS MASALAH	MASALAH
1	2	3
Data Subjektif : 1. Keluarga mengatakan pasien mengeluh sulit kencing sejak 1 hari sebelum MRS. 2. Keluarga mengatakan pasien muntah berwarna merah sejak seminggu yang lalu dan memburuk sejak 3 hari yang lalu. Makan minum dikatakan menurun dan pasien dikatakan muntah tiap kali diberikan makan dan minum yang dalam sehari bisa 10x muntah.	Kehilangan cairan eksternal (Hemoragi, Diare, Dehidrasi) ↓ Penurunan volume darah dan cairan intravaskuler ↓ Penurunan aliran balik vena ↓ Hb tidak mampu mengikat O ₂ ↓ Tekanan osmotik menurun ↓ Cairan intravaskuler menurun ↓ Hipovolemia	Hipovolemia

1	2	3
Data Objektif :		
1. Membran mukosa tampak kering.		
2. Turgor kulit menurun		
3. Nadi teraba lemah		
4. Hematocrit (HCT) : 38,1 %		
5. GCS:10 (E ₂ V ₃ M ₅) tingkat kesadaran somnolen		
6. BB: 55Kg		
7. Urine output 100ml		
8. TTV :		
TD :53/32mmHg,		
N :148x/menit,		
S :37,8°C,		
RR :28x/menit.		
SaO ₂ : 58%		
CRT >2detik		

Tabel 8
Analisis Masalah Keperawatan Kasus II Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
Data Subjektif :	Kehilangan cairan eksternal (Hemoragi, Diare, Dehidrasi)	Hipovolemia
1. Keluarga pasien mengatakan pasien lemas sejak seminggu memberat sejak 3 hari sebelum MRS.	↓	
2. Keluarga mengatakan makan dan minum menurun sejak 5 hari yang lalu dan muntah-muntah sejak 3 hari yang lalu.	Penurunan volume darah dan cairan intravaskuler	
Data Objektif :	↓	
1. Turgor kulit menurun	Penurunan aliran balik vena	
2. Membrane mukosa kering	↓	
3. Nadi teraba lemah dan cepat	Hb tidak mampu mengikat O ₂	
4. Hematocrit (HCT) : 42,1 %	↓	
5. GCS:12 E ₃ V ₄ M ₅ tingkat kesadaran apatis	Tekanan osmotik menurun	
6. BB: 62Kg	↓	
7. Urine output : 120ml	Cairan intravaskuler menurun	
8. TTV :	↓	
TD :70/palpasi mmHg,	Hipovolemia	
N :124x/menit,		
S :36,5 °C,		
RR :20x/menit.		
SaO ₂ : 96%		
CRT >2detik		

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus kelolaan I dan kasus kelolaan II yaitu hipovolemia. Diagnosis keperawatan berdasarkan analisis masalah pada kasus kelolaan I dan kasus kelolaan II dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Kasus I : Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan ditandai dengan frekuensi nadi meningkat (148x/menit), nadi teraba lemah, tekanan darah menurun (53/32 mmHg), turgor kulit menurun, membrane tampak mukosa kering, volume urin menurun, status mental berubah (GCS:10).
2. Kasus II : Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan ditandai dengan frekuensi nadi meningkat (124x/menit), nadi teraba lemah, tekanan darah menurun (70/palpasi mmHg), turgor kulit menurun, membrane tampak mukosa kering, volume urin menurun, konsentrasi urin meningkat, status mental berubah (GCS:12).

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan disusun sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia dengan label manajemen syok hipovolemik. Manajemen syok hipovolemik adalah mengidentifikasi dan mengelola ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrien untuk mencukupi kebutuhan jaringan akibat kehilangan cairan atau darah berlebih. Adapun intervensi keperawatan yang disusun untuk mengatasi diagnosis keperawatan hipovolemia pada kedua kasus kelolaan utama adalah sebagai berikut:

Tabel 9
Rencana Keperawatan Kasus I dan II Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan ditandai dengan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun dan status mental berubah</p> <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muntah 2. Diare 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam diharapkan Status Cairan Membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. <i>Output urine</i> meningkat 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 6. Tekanan nadi membaik 7. Membran mukosa membaik 	<p>Manajemen Syok Hipovolemik</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan jalan napas paten 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 3. Berikan posisi syok (<i>modified Trendelenburg</i>) 4. Pasang jalur IV berukuran besar (mis. nomor 14 atau 16) 5. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine 6. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada pasien kasus I dan kasus II sesuai dengan intervensi keperawatan dari diagnosa yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan pedoman SIKI dengan label Manajemen Hipovolemia. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 2 jam diharapkan status cairan membaik sesuai dengan kriteria hasil pedoman SLKI.

Tabel 10
Implementasi Keperawatan Kasus I Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	2	3	4
14/4/21 12.00 WITA	Memonitor TTV, SaO ₂ dan keluhan utama pasien Memonitor tanda dan gejala hipovolemia	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan pasien mengeluh sulit kencing sejak 1 hari sebelum MRS. 2. Keluarga mengatakan pasien muntah berwarna merah sejak seminggu yang lalu dan memburuk sejak 3 hari yang lalu. Makan minum dikatakan menurun dan pasien dikatakan muntah tiap kali diberikan makan dan minum yang dalam sehari bisa 10x muntah. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa tampak kering. 2. Turgor kulit menurun 3. Nadi teraba lemah 4. Hematocrit (HCT) : 38,1 % 5. GCS:10 (E₂V₃M₅) tingkat kesadaran somnolen 6. BB: 55Kg 7. Urine <i>output</i> : 100ml 8. TTV : TD :53/32mmHg, N :148x/menit, S :37,8°C, RR :28x/menit. SaO₂ : 58% CRT >2detik 	<i>Misard</i>

1	2	3	4
12.00 WITA	Memposisikan pasien <i>modified trendelenburg</i> dengan posisi <i>passive leg raising</i> Memberikan O2 sesuai indikasi	DS : - DO : Pasien berbaring dengan posisi semi rekumben dengan kaki lebih tinggi 45° dan kepala lebih rendah selama 90 detik, terpasang O2 dengan NRM 10 lpm, saturasi meningkat menjadi 62%. Dosis oksigen ditingkatkan menjadi 15 lpm saturasi meningkat menjadi 88% .	Misard
12.02 WITA	Memonitor hemodinamik pasien setelah pemberian posisi <i>passive leg raising</i>	DS:- DO: TD: 68/50 mmHg N:128x/menit RR: 24x/menit S: 37,4°C MAP: 56 mmHg	Misard
12.03 WITA	Melakukan pemeriksaan GDS	DS : - DO : GDS 96mg/dL.	Misard
12.04 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus dan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium dan swab antigen	DS : - DO: pasien tampak lemas Terpasang infus ditangan kanan, infus NaCl netes lancar, sampel lab dan sampel swab antigen dikirim ke laboratorium.	Misard
12.08 WITA	Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS:- DO: pasien tampak lemas, turgor kulit menurun, kulit tampak kering dan tidak elastis. Diberikan loading pertama cairan NaCl 500ml	Misard
12.12 WITA	Kolaborasi pelaksanaan pemasangan dower kateter dan pemeriksaan EKG	DS:- DO: dower kateter terpasang Urine output 100ml Hasil EKG sinus takikardia	Misard
12.38 WITA	Memantau tanda vital pasien Memonitor saturasi oksigen pasien Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS:- DO: Diberikan loading kedua cairan Nacl 500ml TD: 70/55 mmHg N: 120x/menit S: 36,8°C RR: 24x/menit MAP: 60 mmHg SpO ₂ : 88%	Misard

1	2	3	4
12.45 WITA	Kolaborasi pemberian terapi obat : omeprazole 1 ampul Memonitor <i>urine output</i> pasien	DS : - DO : Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi. <i>Urine output</i> 25ml	Misard
13.10 WITA	Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS : - DO : diberikan loading ketiga cairan NaCl 500ml	Misard
13.15 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen Memonitor <i>urine output</i> pasien	DS: keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara DO: Pasien tampak mulai merespon TD: 73/60 mmHg N: 103x/menit S: 36,5°C RR: 24x/menit MAP: 64,3 mmHg SpO ₂ : 90% <i>Urine output</i> : 35ml	Misard
13.45 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen Memonitor <i>urine output</i> pasien	DS: keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara DO: Pasien tampak mulai merespon TD: 78/60 mmHg N: 100x/menit S: 36,0°C RR: 24x/menit MAP: 66 mmHg SpO ₂ : 96% <i>Urine output</i> 55ml	Misard
13.46 WITA	Melakukan pemeriksaan gula darah pasien	DS:- DO: GDS: 60 Mg/dL	Misard
13.48 WITA	Kolaborasi pemberian cairan <i>dextrose</i> 5% 20tpm	DS: keluarga mengatakan pasien sudah bisa merespon saat diajak berbicara DO: KU lemah, pasien tampak tertidur lemas Pasien tampak sudah dapat merespon. Diberikan cairan <i>dextrose</i> 5% 20tpm, infus netes lancar tidak ada pembengkakan	Misard

1	2	3	4
14.00 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen. Memonitor status mental pasien Memonitor <i>urine output</i>	DS: keluarga mengatakan pasien mengeluh pusing DO: KU lemah TD: 90/65 mmHg N: 102x/menit S: 36,4°C RR: 24x/menit MAP: 73,3 mmHg SpO ₂ : 97% <i>Urine output</i> 100ml	Misard

Tabel 11
Implementasi Keperawatan Kasus II Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	2	3	4
18/4/21 09.00 WITA	Memonitor TTV, SaO ₂ dan keluhan utama pasien Memonitor tanda dan gejala hipovolemia	DS : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien lemas sejak seminggu memberat sejak 3 hari sebelum MRS. 2. Keluarga mengatakan makan dan minum menurun sejak 5 hari yang lalu , muntah sejak 3 hari yang lalu. DO : 1. Turgor kulit menurun 2. Membrane mukosa kering. 3. Nadi teraba lemah dan cepat. 4. Hematocrit (HCT) : 42,1% 5. GCS:12 (E3V4M5) tingkat kesadaran apatis. 6. BB: 62Kg 7. <i>Urine output</i> : 120ml 8. TTV : TD :70/palpasi mmHg, N :124x/menit, S:36,5°C, RR :20x/menit SaO ₂ : 96% CRT >2detik	Misard

1	2	3	4
09.02 WITA	Memposisikan pasien dengan posisi <i>modified trendelenburg</i> dengan posisi <i>passive leg raising</i>	DS : - DO : Pasien berbaring dengan posisi semi rekumben dengan kaki lebih tinggi 45° dan kepala lebih rendah selama 90 detik.	Misart
09.04 WITA	Memonitor hemodinamik pasien setelah pemberian posisi <i>passive leg raising</i>	DS:- DO: TD: 80/52 mmHg N:120x/menit RR: 22x/menit S:36.0°C MAP:61,3 mmHg	Misart
09.06 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus dan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium dan swab antigen	DS : - DO: pasien tampak lemas. Terpasang infus ditangan kiri, infus NaCl netes lancar, sampel lab dan sampel swab antigen dikirim ke laboratorium.	Misart
09.10 WITA	Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS:- DO: pasien tampak lemas, turgor kulit menurun, kulit tampak kering dan tidak elastis. Diberikan loading cairan NaCl 500ml	Misart
09.12 WITA	Kolaborasi pelaksanaan pemasangan dower kateter dan pemeriksaan EKG	DS:- DO: dower kateter terpasang Urin pekat, <i>output</i> 50ml Hasil EKG sinus takikardia	Misart
09.40 WITA	Memonitor <i>urine output</i>	DS:- DO: urin pekat <i>Output</i> 30ml	Misart
10.00 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen pasien Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS:- DO: Diberikan <i>loading</i> ke 2 (Nacl 500ml) TD: 85/60 mmHg N: 115x/menit S: 36,0°C RR: 20x/menit MAP: 68,3 mmHg SpO ₂ : 98%	Misart

1	2	3	4
10.10 WITA	Kolaborasi pemberian terapi obat : omeprazole 1 ampul Memonitor <i>urine output</i> pasien	DS : - DO : Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi. <i>Urine output</i> 50ml	Misart
10.30 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen Memonitor <i>urine output</i> pasien	DS: keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara dan sudah merespon DO: Pasien tampak mulai merespon TD: 90/70 mmHg N: 108x/menit S: 36,0°C RR: 20x/menit MAP: 76,67 mmHg SpO ₂ : 99% <i>Urine output</i> : 55ml	Misart
10.35 WITA	Memberikan terapi cairan lanjutan pada pasien	DS: pasien mengatakan merasa pusing DO: pasien tampak mulai merespon Diberikan cairan Nacl 0,9% (8 tpm) infus netes lancar	Misart
11.00 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen Memonitor status mental pasien Memonitor <i>urine output</i> pasien	DS: keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara DO: Pasien tampak mulai merespon TD: 95/72 mmHg N: 100x/menit S: 36,0°C RR: 20x/menit MAP: 79,67 mmHg CRT: <2 detik SpO ₂ : 99% <i>Urine output</i> 65ml	Misart

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 2 jam pada pasien kasus I dan kasus II adalah sebagai berikut:

Tabel 12
Evaluasi Keperawatan Kasus I Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	14 April 2021 14.00 WITA	<p><i>Subjective :</i> Keluarga mengatakan pasien sudah dapat diajak berbicara namun kata-kata yang diucapkan tidak jelas</p> <p><i>Objective :</i> Keadaan umum : lemah, kesadaran : somnolen, GCS :11 (E3V3M5) Nadi teraba lemah, turgor kulit belum meningkat, output urine meningkat 215ml dalam 2 jam, Membran mukosa tampak pucat, hidrasi belum membaik. Hasil pemeriksaan tanda vital: TD: 90/65 mmHg N: 102x/menit S: 36,4°C RR: 24x/menit MAP: 73,3 mmHg SpO₂ : 97% CRT:<2detik.</p> <p><i>Assesment :</i> Status cairan cukup membaik</p> <p><i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none">Monitor TTV dan SaO₂Pertahankan kepatenan jalan napasPertahankan akses IVKolaborasi pemberian cairan RL 20tpmMonitor tanda dan gejala hipovolemiaStop pemberian cairan dextrose 5% bila GDS sudah 103 Mg/dL	Misra

Tabel 13
Evaluasi Keperawatan Kasus II Pasien Hipovolemia dengan Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	18 April 2021 12.00 WITA	<p><i>Subjective :</i> Keluarga mengatakan pasien sudah dapat diajak berbicara namun pasien masih gelisah</p> <p><i>Objective :</i> Keadaan umum : lemah, kesadaran : apatis , GCS :13 (E4V4M5) Nadi teraba lemah, turgor kulit belum meningkat, output urine meningkat 200ml dalam 2 jam, Membran mukosa tampak pucat, hidrasi membaik. Hasil pemeriksaan tanda vital: TD: 95/72 mmHg N: 100x/menit S: 36,0°C RR: 20x/menit MAP: 79,67 mmHg CRT: <2 detik SpO₂ : 99%</p> <p><i>Assesment :</i> Status cairan cukup membaik</p> <p><i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi : a. Monitor TTV dan SaO₂ b. Pertahankan kepatenan jalan napas c. Pertahankan akses IV d. Kolaborasi pemberian cairan Nacl 20tpm e. Monitor tanda dan gejala hypovolemia f. Monitor intake dan output cairan</p>	<i>Misad</i>