



Lampiran 1

**Standar Prosedur Operasional Pemberian Posisi *Passive Leg Raising*  
Pada Pasien Syok Hipovolemik**

	<p><b>POLTEKKES KEMENKES DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN</b></p> <p><b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TINDAKAN KEPERAWATAN</b></p>	
<p><b>PEMBERIAN POSISI <i>PASSIVE LEG RAISING</i></b></p>		
<p>Pengertian</p>	<p>Posisi <i>modified Trendelenburg</i> salah satunya adalah <i>passive leg raising</i> atau modifikasi posisi telentang dengan kepala diturunkan dan kaki diangkat. <i>Passive leg raising</i> atau juga dikenal sebagai posisi <i>modified Trendelenburg</i> adalah metode sederhana untuk memprediksi perbaikan hemodinamik pasien dalam pemberian resusitasi cairan.</p>	
<p>Tujuan</p>	<p>Untuk meningkatkan status hemodinamik</p>	
<p>Prosedur : Persiapan alat</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempat tidur dengan pengaman</li> <li>2. <i>Bed site monitor</i></li> <li>3. <i>Sphygmomanometer</i></li> </ol>	
<p>Pre interaksi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien</li> <li>2. Cuci tangan</li> <li>3. Siapkan alat yang diperlukan</li> </ol>	
<p>Tahap orientasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri salam dan perkenalkan diri.</li> <li>2. Menanyakan keluhan utama atau kondisi klien saat ini.</li> <li>3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga</li> <li>4. Berikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan.</li> <li>5. Melakukan tindakan keperawatan sesuai prosedur.</li> </ol>	

Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Observasi keadaan pasien</li> <li>3. Pasang pengaman pada tempat tidur pasien</li> <li>4. Memberikan posisi <i>passive leg raising</i> (0-45°) dengan cara menaikkan kaki pasien menggunakan bantal atau memiringkan tempat tidur pasien dengan posisi kaki lebih tinggi selama 90 detik</li> <li>5. Mengobservasi keadaan pasien selama diberikan posisi <i>passive leg raising</i></li> <li>6. Memeriksa tanda-tanda vital pasien</li> <li>7. Lakukan tindakan pemberian posisi <i>passive leg raising</i> berulang bila diperlukan</li> </ol>
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beritahu pasien dan keluarga bahwa tindakan sudah selesai dilakukan,rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman.</li> <li>2. Evaluasi perasaan pasien (bila pasien sadar)</li> <li>3. Berikan reinforcement positif kepada pasien dan keluarga</li> <li>4. Rapikan alat dan cuci tangan</li> </ol>
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal, dan jam pelaksanaan</li> <li>2. Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif)</li> </ol>

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. NP  
DENGAN SYOK HIPOVOLEMIC DD SEPSIS  
DI IGD RSUD SANJIWANI GIANYAR  
TANGGAL 14 APRIL 2021**



**DISUSUN OLEH:  
KADEK MEISA RUSPITA DEWI  
NIM. P07120320041**

**PRODI NERS KELAS B**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI NERS  
2021**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar  
Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563  
Laman (website) : [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



---

**FORMAT PENGKAJIAN**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Nama Mahasiswa : Kadek Meisa Ruspita Dewi  
NIM : P07120320041

**A. PENGKAJIAN**

Identitas Pasien

Nama : Ny. NP  
Umur : 62 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Tidak bekerja  
Agama : Hindu  
Tanggal Masuk RS : 14 April 2021  
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran  
Diagnosa Medis : Syok Hipovolemik dd Sepsis

**Initial survey:**

A (alertness) :

V (verbal) :

P (pain) : ✓

U (unrespons) :

**Warna triase**       
: **P 1** **P 2** **P 3** **P 4** **P 5**

**SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI  
AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL**

1. Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran	: Somnolen
Pernafasan	: Spontan
Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: Tidak ada
Bunyi nafas	: Vesikuler +/+, Ronchi +/+
Hembusan nafas	: Lemah

**BREATHING**

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan	: Takipnea
Frekwensi Pernafasan	: 28x/menit
Retraksi Otot bantu nafas	: Tidak ada
Kelainan dinding thoraks thorax simetris	: Tidak ada kelainan, pergerakan dinding
Bunyi nafas	: Vesikuler +/+, Ronchi +/+
Hembusan nafas	: Lemah

**CIRCULATION**

1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran	: Somnolen
Perdarahan (internal/eksternal)	: Tidak ada
Kapilari Refill	: >2 detik
Tekanan darah	: 58/32 mmHg
Nadi radial/carotis	: 148x/menit
Akral perifer	: Dingin

## DISABILITY

### 1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E :2 V:3 M:5	: 10
Reflex fisiologis	: Normal
Reflex patologis	: Tidak ada
Kekuatan otot	: 555 555
	555 555

## PENGAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)

### 1. RIWAYAT KESEHATAN

#### 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.

#### b. RKS

Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani diantar oleh keluarga dengan keluhan penurunan kesadaran 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 E<sub>2</sub>V<sub>3</sub>M<sub>5</sub>, CRT >2detik, SaO<sub>2</sub> : 58%,TD: 58/32mmHg, N:148x/menit,S:37,8°C,RR: 28x/menit, GDS : 96 mg/dL. Diagnose medis saat ini Syok hypovolemia dd sepsis.

#### 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.

## 2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien tidak mengalami trauma.

## 3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kepala : Normocephal  
Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.  
Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih,  
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.  
Mulut dan gigi : warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.  
Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema.
- b. Leher : Bentuk leher normal, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, dan nadi karotis teraba lemah.
- c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan  
Paru-paru  
Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan  
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan  
Perkusi : Sonor  
Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/+  
Jantung  
Inspeksi : Gerak dada simetris  
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung  
Perkusi : normal  
Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)
- d. Abdomen  
Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.

- Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)
- Perkusi : Timpani
- Auskultasi : Bising usus (+)
- e. Pelvis
- Inspeksi : Bentuk pelvis simetris
- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
- f. Perineum dan rektum : Tidak dikaji
- g. Genitalia : Tidak dikaji
- h. Ekstremitas
- Status sirkulasi : CRT >2detik
- Keadaan injury : Tidak ada
- i. Neurologis
- Fungsi sensorik : Normal
- Fungsi motorik : Normal.

#### 4. HASIL LABORATORIUM

HEMATOLOGI DARAH LENGKAP		
Trombosit (PLT)	77	150-450
RDW-SD	51,1	35.0-56.0
RDW-CV	15,6	11.5-14.5
PDW	15,9	9.0-17.0
PCT	0.090	0.108-0.282
Neu %	80.9	50.0-70.0
Neu #	15,34	2.00-7.00
MPV	11,8	7.0-11.0
Mon %	11,7	3.0-8.0
Mon #	2,21	0.12-0.8
MCV	85,7	80.0-100.0
MCHC	33,8	32.0-36.0
MCH	29,0	27.0-31.0



Lym %	7,3	20.0-40.0
Lym #	1,37	0.80-4.00
Leukosit (WBC)	18,96	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	12.9	11.0-16.0
Hematocrit (HCT)	38,1	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	4.44	3.50-5.50
Eos %	0.0	0.5-5.0
Eos #	0.01	0.02-0.5
Bas %	0.1	0.0-0.10
Bas #	0.03	0.00-0.10
<b>IMUNOLOGI</b>		
SARS – CoV-2-Antigen Test	Negatif	Negatif
<b>KIMIA KLINIK</b>		
Ureum	251,0	18-55
SGPT	13	<41
SGOT	89	<35
<b>Pemeriksaan elektrolit</b>		
Natrium	136	135-147
Kalium	5,7	3.5-5.0
Glukosa sewaktu	72	60-120
Creatinine	4,53	0.67-1.17
Chloride	103	95-108

## 5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

-

## 6. TERAPI DOKTER

- e. IVFD loading 3 fls NaCl 0,9% (12.08 WITA) (IV)
- f. Oksigen NRM 15 lpm (12.00 WITA)
- g. Omeprazole 2 vial (12.30 WITA) (IV)
- h. IVFD D5% 20tpm (stop GDA sudah 103 mg/dL) (13.48 WITA) (IV)

## B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluarga mengatakan pasien tidak sadar sejak siang pukul 11.00 WITA dan sulit kencing sejak 1 hari sebelum MRS.</li> <li>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.</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membran mukosa tampak kering.</li> <li>Turgor kulit menurun</li> <li>Nadi teraba lemah</li> <li>Hematocrit (HCT) : 38,1 %</li> <li>GCS:10 (E<sub>2</sub>V<sub>3</sub>M<sub>5</sub>) tingkat kesadaran somnolen</li> <li>BB: 55Kg</li> <li>TTV :            TD :53/32mmHg,            N :148x/menit,            S :37,8°C,            RR :28x/menit.            SaO<sub>2</sub> : 58%            CRT &gt;2detik</li> </ol>	<p>Kehilangan cairan eksternal (Hemoragi, Diare, Dehidrasi)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan volume darah dan cairan intravaskuler</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan aliran balik vena↓</p> <p>Hb tidak mampu mengikat O<sub>2</sub></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tekanan osmotik menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cairan intravaskuler menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>HIPOVOLEMIA</b></p>	<p><b>Hipovolemia</b></p>

### **C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH**

1. 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).

#### D. RENCANA KEPERAWATAN

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"> <li>1. Muntah</li> <li>2. Diare</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam diharapkan Status Cairan Membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Turgor kulit meningkat</li> <li>3. <i>Output urine</i> meningkat</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Tekanan nadi membaik</li> <li>7. Membran mukosa membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Syok Hipovolemik</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)</li> <li>2. Monitor status oksigenasi</li> <li>3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)</li> <li>4. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan jalan napas paten</li> <li>2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> <li>3. Berikan posisi syok (<i>modified Trendelenburg</i>)</li> <li>4. Pasang jalur IV berukuran besar (mis. nomor 14 atau 16)</li> <li>5. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine</li> <li>6. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa</li> </ol>

### E. PELAKSANAAN

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
14/4/21 12.00 WITA	Memonitor TTV, SaO2 dan keluhan utama pasien Memonitor tanda dan gejala hipovolemia	DS : 1. Keluarga mengatakan pasien tidak sadar sejak siang pukul 11.00 WITA dan 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. DO : 1. Membran mukosa tampak kering. 2. Turgor kulit menurun 3. Nadi teraba lemah 4. Hematocrit (HCT) : 38,1 % 5. GCS:10 (E <sub>2</sub> V <sub>3</sub> M <sub>5</sub> ) 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>Misart</i>


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 <i>Urine output</i> 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 <sub>2</sub> : 88%	Misard
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 <sub>2</sub> : 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 <sub>2</sub> : 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
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 <sub>2</sub> : 97% <i>Urine output</i> 100ml	Misard



## F. EVALUASI

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            SpO<sub>2</sub> : 97%            CRT:&lt;2detik.</p> <p><i>Assesment :</i>            Status cairan cukup membaik</p> <p><i>Planning :</i>            Lanjutkan intervensi :            g. Monitor TTV dan SaO<sub>2</sub>            h. Pertahankan kepatenan jalan napas            i. Pertahankan akses IV            j. Kolaborasi pemberian cairan RL 20tpm            k. Monitor tanda dan gejala hipovolemia            l. Stop pemberian cairan dextrose 5% bila GDS sudah 103 Mg/dL</p>	

## RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : Arjuna <input checked="" type="checkbox"/> Foto Rontgen : 1 lembar <input checked="" type="checkbox"/> Laboratorium: 2 lembar <input checked="" type="checkbox"/> EKG : 1 lembar <input type="checkbox"/> Obat-obatan : -
Dipulangkan		<input type="checkbox"/> KIE <input type="checkbox"/> Obat pulang <input type="checkbox"/> Foto Rontgen <input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Kontrol Poliklinik, tanggal _____/_____/_____
Pulang paksa		<input type="checkbox"/> KIE <input type="checkbox"/> Tanda tangan pulang paksa
Meninggal		Dinyatakan meninggal pukul _____._____ WITA
Minggat		Dinyatakan minggat pukul _____._____ WITA
Nama dan tanda tangan perawat pengkaji  (Kadek Meisa Ruspita Dewi)		

LEMBAR PENGESAHAN

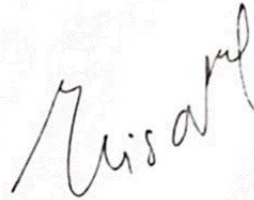
Denpasar, April 2021

Mengetahui  
Clinical Instructure / GIH



.....  
Ns. I Wayan Santika, Wicahyana, S.Kep.  
NIP. 197910132005011009

Mahasiswa



Kadek Meisa Ruspita Dewi  
NIM P07120320041

Mengetahui  
Clinical Teacher / CT

.....  
Ns. I Wayan Sukawana, S.Kep., M.Pd.  
NIP. 196709281990031001

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN.WB DENGAN  
SYOK HIPOVOLEMIC EC LOW INTAKE  
DI IGD RSUD SANJIWANI GIANYAR  
TANGGAL 18 APRIL 2021**



**DISUSUN OLEH:  
KADEK MEISA RUSPITA DEWI  
NIM. P07120320041**

**PRODI NERS KELAS B**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI NERS  
2021**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**



Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar

Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563

Laman (website) : [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)

---

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Nama Mahasiswa : Kadek Meisa Ruspita Dewi

NIM : P07120320041

**A. PENGKAJIAN**

Identitas Pasien

Nama : Tn. WB

Umur : 70 Th

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Agama : Hindu

Tanggal Masuk RS : 18 April 2021

Alasan Masuk : Lemas

Diagnosa Medis : Syok Hipovolemik ec Low Intake

Initial survey:

A (alertness) :

V (verbal) : ✓

P (pain) :

U (unrespons) :

**Warna triase** :  **P 1**     **P 2**     **P 3**     **P 4**     **P 5**

## **SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI**

### **AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL**

#### 1. Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran	: Apatis
Pernafasan	: 20x/menit
Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: Tidak ada
Bunyi nafas	: Vesikuler +/+
Hembusan nafas	: Lemah

### **BREATHING**

#### 1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan	: Spontan
Frekwensi Pernafasan	: 20x/menit
Retraksi Otot bantu nafas	: Tidak ada
Kelainan dinding thoraks thorax simetris	: Tidak ada kelainan, pergerakan dinding
Bunyi nafas	: Vesikuler +/+
Hembusan nafas	: Lemah

### **CIRCULATION**

#### 1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran	: Apatis
Perdarahan (internal/eksternal)	: Tidak ada
Kapilari Refill	: >2 detik
Tekanan darah	: 70/ palpasi mmHg
Nadi radial/carotis	: 124x/menit
Akral perifer	: Dingin

## DISABILITY

### 1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E <sub>3</sub> V <sub>4</sub> M <sub>5</sub>	:	12				
Reflex fisiologis	:	Normal				
Reflex patologis	:	Tidak ada				
Kekuatan otot	:	<table border="1"><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr></table>	5555	5555	5555	5555
5555	5555					
5555	5555					

## PENGAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

**(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)**

### 1. RIWAYAT KESEHATAN

#### 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.

#### 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, mual dan muntah sejak 3 hari yang lalu, enek ulu hati, 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 E<sub>3</sub>V<sub>4</sub>M<sub>5</sub>, CRT >2 detik, SaO<sub>2</sub> : 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.

#### 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

## 2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien tidak mengalami trauma.

## 3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kepala : Normocephal
  - Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.
  - Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih,
  - 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.
  - Mulut dan gigi : warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.
  - Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema.
- b. Leher : Bentuk leher normal, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, dan nadi karotis teraba lemah.
- c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan
  - Paru-paru
  - Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan
  - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
  - Perkusi : Sonor
  - Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/+
  - Jantung
  - Inspeksi : Gerak dada simetris
  - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung
  - Perkusi : normal
  - Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)



d. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)

Perkusi : Timpani

Auskultasi : Bising usus (+)

e. Pelvis

Inspeksi : Bentuk pelvis simetris

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

f. Perineum dan rektum : Tidak dikaji

g. Genitalia : Tidak dikaji

h. Ekstremitas

Status sirkulasi : CRT >2detik

Keadaan injury : Tidak ada

i. Neurologis

Fungsi sensorik : Normal

Fungsi motorik : Normal.

#### 4. HASIL LABORATORIUM

HEMATOLOGI			
DARAH LENGKAP			
Trombosit (PLT)	381	$10^3/uL$	150-450
RDW-SD	52.4	fL	35.0-56.0
RDW-CV	15.0	%	11.5-14.5
PDW	16.2	fL	9.0-17.0
PCT	0.345	%	0.108-0.282
Neu%	80.9	%	50.0-70.0
Neu#	8.80	$10^3/uL$	2.00-7.00
MPV	9.1	fL	7.0-11.0
Mon%	7.0	%	3.0-8.0
Mon#	0.75	$10^3/uL$	0.12-0.8
MCV	90.0	fL	80.0-36.0
MCHC	33.3	g/dL	32.0-36.0
MCH	30.0	Pg	27.0-31.0
Lym%	10.9	%	20.0-40.0
Lym#	1.19	$10^3/uL$	0.80-4.00
Lekosit (WBC)	10.88	$10^3/uL$	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	14.0	g/dL	11.0-16.0
Hematokrit (HCT)	42.1	%	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	4.67	$10^6/uL$	3.50-5.50
Eos%	0.9	%	0.5-5.0
Eos#	0.10	$10^3/uL$	0.02-0.5
Bas%	0.3	%	0.0-1.0
Bas#	0.04	$10^3/uL$	0.00-0.10
IMUNOLOGI			
SARS-CoV-2-Antigen Test	Negatif		Negatif
KIMIA KLINIK			
Ureum	324.1	mg/dL	18-55

SGPT	30	U/L	< 41
SGOT	40	U/L	< 35
Pemeriksaan Elektrolit			
Natrium	146	mmol/l	135-147
Kalium	5.4	mmol/l	3.5-5.0
Glukosa Sewaktu	154	mg/dL	80-120
Creatinin	2.63	mg/dL	0.67-1.17
Chlorida	108	mmol/l	95-108

## 5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Nama : Tn. WB

Umur: 70 th

Jenis pemeriksaan: 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

## 6. TERAPI DOKTER :

a. IVFD loading 2 fls NaCl (09.10) (IV)

b. Omeprazole 1 vial (10.20)(IV)

## B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien mengatakan pasien lemas sejak seminggu memberat sejak 3 hari sebelum MRS.</li> <li>2. Keluarga mengatakan makan dan minum menurun sejak 5 hari yang lalu , mual dan muntah sejak 3 hari yang lalu, enek ulu hati, kencing kemerahan dan keluar sedikit.</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Turgor kulit menurun</li> <li>2. Membrane mukosa kering</li> <li>3. Nadi teraba lemah dan cepat</li> <li>4. Hematocrit (HCT) : 42,1 %</li> <li>5. GCS:12 E<sub>3</sub>V<sub>4</sub>M<sub>5</sub> tingkat kesadaran apatis</li> <li>6. BB: 62Kg</li> <li>7. TTV :               <ul style="list-style-type: none"> <li>TD :70/palpasi mmHg,</li> <li>N :124x/menit,</li> <li>S :36,5°C,</li> <li>RR :20x/menit.</li> <li>SaO<sub>2</sub> : 96%</li> <li>CRT &gt;2detik</li> </ul> </li> </ol>	<p>Kehilangan cairan eksternal (Hemoragi, Diare, Dehidrasi)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan volume darah dan cairan intravaskuler</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan aliran balik vena</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hb tidak mampu mengikat O<sub>2</sub></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tekanan osmotik menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cairan intravaskuler menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>HIPOVOLEMIA</b></p>	<p><b>Hipovolemia</b></p>

### **C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH**

1. 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).

#### D. RENCANA KEPERAWATAN

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"> <li>1. Muntah</li> <li>2. Diare</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam diharapkan Status Cairan Membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Turgor kulit meningkat</li> <li>3. <i>Output urine</i> meningkat</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Tekanan nadi membaik</li> <li>7. Membran mukosa membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Syok Hipovolemik</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)</li> <li>2. Monitor status oksigenasi</li> <li>3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)</li> <li>4. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan jalan napas paten</li> <li>2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> <li>3. Berikan posisi syok (<i>modified Trendelenburg</i>)</li> <li>4. Pasang jalur IV berukuran besar (mis. nomor 14 atau 16)</li> <li>5. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine</li> <li>6. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa</li> </ol>

### E. PELAKSANAAN

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
<p>18/4/21 09.00 WITA</p>	<p>Memonitor TTV, SaO<sub>2</sub> dan keluhan utama pasien Memonitor tanda dan gejala hipovolemia</p>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien mengatakan pasien lemas sejak seminggu memberat sejak 3 hari sebelum MRS.</li> <li>2. Keluarga mengatakan makan dan minum menurun sejak 5 hari yang lalu, mual dan muntah sejak 3 hari yang lalu, enek ulu hati, kencing kemerahan dan keluar sedikit.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Turgor kulit menurun</li> <li>2. Membrane mukosa kering.</li> <li>3. Nadi teraba lemah dan cepat.</li> <li>4. Hematocrit (HCT) : 42,1%.</li> <li>5. GCS:12 (E3V4M5) tingkat kesadaran apatis.</li> <li>6. BB: 62Kg</li> <li>7. Urine <i>output</i> : 120ml</li> </ol>	<p><i>Misard</i></p>

		8. TTV : TD :70/palpasi mmHg, N :124x/menit, S:36,5°C, RR :20x/m SaO2 : 96% CRT >2detik	
09.02 WITA	Memposisikan pasien <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	Misard
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	Misard
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.	Misard
09.10 WITA	Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS:- DO: pasien tampak lemas, turgor kulit menurun,	Misard



		<p>kulit tampak kering dan tidak elastis.</p> <p>Diberikan loading cairan NaCl 500ml</p>	
09.12 WITA	<p>Kolaborasi pelaksanaan pemasangan dower kateter dan pemeriksaan EKG</p>	<p>DS:-</p> <p>DO: dower kateter terpasang</p> <p>Urin pekat, <i>output</i> 50ml</p> <p>Hasil EKG sinus takikardia</p>	Misard
09.40 WITA	<p>Memonitor <i>urine output</i></p>	<p>DS:-</p> <p>DO: urin pekat</p> <p><i>Output</i> 30ml</p>	Misard
10.00 WITA	<p>Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen pasien</p> <p>Melakukan tindakan resusitasi cairan</p>	<p>DS:-</p> <p>DO: Diberikan <i>loading</i> ke 2 (Nacl 500ml)</p> <p>TD: 85/60 mmHg</p> <p>N: 115x/menit</p> <p>S: 36,0°C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>MAP: 68,3 mmHg</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 98%</p>	Misard
10.10 WITA	<p>Kolaborasi pemberian terapi obat : omeprazole 1 ampul</p> <p>Memonitor <i>urine output</i> pasien</p>	<p>DS : -</p> <p>DO : Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.</p> <p><i>Urine output</i> 50ml</p>	Misard
10.30 WITA	<p>Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen</p> <p>Memonitor <i>urine output</i> pasien</p>	<p>DS: keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara dan sudah merespon</p>	Misard

		<p>DO:</p> <p>Pasien tampak mulai merespon</p> <p>TD: 90/70 mmHg</p> <p>N: 108x/menit</p> <p>S: 36,0°C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>MAP: 76,67 mmHg</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 99%</p> <p><i>Urine output</i> : 55ml</p>	
10.35 WITA	Memberikan terapi cairan lanjutan pada pasien	<p>DS: pasien mengatakan merasa pusing</p> <p>DO: pasien tampak mulai merespon</p> <p>Diberikan cairan Nacl 0,9% (8 tpm) infus netes lancar</p>	Misard
11.00 WITA	<p>Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen</p> <p>Memonitor status mental pasien</p> <p>Memonitor <i>urine output</i> pasien</p>	<p>DS: keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak mulai merespon</p> <p>TD: 95/72 mmHg</p> <p>N: 100x/menit</p> <p>S: 36,0°C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>MAP: 79,67 mmHg</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 99%</p> <p><i>Urine output</i> 65ml</p>	Misard

## F. EVALUASI

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: &lt;2 detik            SpO<sub>2</sub> : 99%</p> <p><i>Assesment :</i>            Status cairan cukup membaik</p> <p><i>Planning :</i>            Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g. Monitor TTV dan SaO<sub>2</sub></li> <li>h. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>i. Pertahankan akses IV</li> <li>j. Kolaborasi pemberian cairan Nacl 20tpm</li> <li>k. Monitor tanda dan gejala hypovolemia</li> <li>l. Monitor intake dan output cairan</li> </ul>	Misal

## RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : Arjuna [√] Foto Rontgen : 1 lembar [√] Laboratorium: 2 lembar [√] EKG : 1 lembar [ - ] Obat-obatan : -
Dipulangkan		[ ] KIE [ ] Obat pulang [ ] Foto Rontgen [ ] Laboratorium [ ] Kontrol Poliklinik, tanggal ____/____/____
Pulang paksa		[ ] KIE [ ] Tanda tangan pulang paksa
Meninggal		Dinyatakan meninggal pukul _____._____ WITA
Minggat		Dinyatakan minggat pukul _____._____ WITA
Nama dan tanda tangan perawat pengkaji    (Kadek Meisa Ruspita Dewi)		

LEMBAR PENGESAHAN

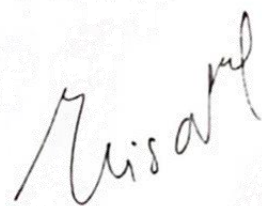
Denpasar, April 2021

Mengetahui  
Clinical Instructor / CI



Ns. I Wayan Santika, S.Kep.  
NIP. 197910132005011009

Mahasiswa



Kadek Meisa Ruspita Dewi  
NIM P07120320041

Mengetahui  
Clinical Teacher / CT

Ns. I Wayan Sukawana, S.Kep., M.Pd.  
NIP. 196709281990031001

Edit

 Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120320041  
 Nama Mahasiswa Kadek Meisa Ruspita Dewi  
 Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners  
 Semester : 2

Skripsi **Bimbingan** Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang

**Bimbingan**

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan judul Karya Ilmiah Akhir Ners	4 Mei 2021	✓
2	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan penyusunan KIA-N dan konsul intervensi inovasi	7 Mei 2021	✓
3	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Konsul BAB I dan BAB II	19 Mei 2021	✓
4	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi dan Konsul BAB III sampai BAB V	21 Mei 2021	✓
5	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan tujuan khusus dan BAB III	25 Mei 2021	✓
6	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi BAB III dan BAB V	28 Mei 2021	✓
7	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIA-N lengkap	31 Mei 2021	✓
8	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Konsul BAB I dan BAB II	19 Mei 2021	✓
9	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Revisi dan Konsul BAB III sampai BAB V	25 Mei 2021	✓
10	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Revisi BAB III dan BAB V	27 Mei 2021	✓
11	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Revisi Tata Penulisan KIAN	31 Mei 2021	✓
12	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Revisi Diagnosa Keperawatan BAB III	2 Jun 2021	✓
13	196202221983091001 - I KETUT GAMA, SKM., M.Kes	Bimbingan KIA-N Lengkap	3 Jun 2021	✓



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN



Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar  
Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563  
Laman (website) : [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI  
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIA-N  
PRODI PROFESI NERS POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : Kadek Meisa Ruspita Dewi  
NIM : 007120320041

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	2/6/2024		Ns. Ida Erni Sipahutar, S.Kep, M.Kep.
2	Perpustakaan	2/6-21		Dewa Nyoman Triwijaya
3	Laboratorium	2/6-21		Ni Luh Gad Ari Krema Dewi
4	HMJ	2/6-21		DEWA MADE AFDI KRISNA MUKTI
5	Keuangan	2/6-21		Ni Way Pakiati
6	Administrasi umum/perlengkapan	2/6-21		I Ketut Wijaya

**Keterangan:**

Mahasiswa dapat mengikuti ujian KIA-N jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Denpasar



Ners. I Made Sukarja, S.Kp.M.Kep  
NIP. 196812311992031020

## SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kadek Meisa Ruspita Dewi  
NIM : P0T120320041  
Program Studi : Profesi Ners  
Jurusan : Keperawatan  
Tahun Akademik : 2020/2021  
Alamat : Jln. Gg. Tangkuban Perahu Gg. Melinci NO.1, Padangsambian  
Nomor HP/Email : 081337756249 / kadekmeisaruspitadewi@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Hipovolemia Pada Pasien Dengan Syok Hipovolemik  
di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, ...7... Juni.....2021

Yang menyatakan,



Nama : Kadek Meisa Ruspita Dewi

NIM: P0T120320041