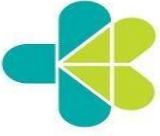



Lampiran 1

Standar Prosedur Operasional Pemberian Posisi *Head Up 30°*

	POLTEKKES KEMENKES DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TINDAKAN KEPERAWATAN	
PEMBERIAN POSISI <i>HEAD UP 30°</i>		
Pengertian	Posisi <i>head up 30°</i> adalah cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30° dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk	
Tujuan	Posisi <i>head up 30°</i> bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien cedera kepala, selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak	
Prosedur : Persiapan alat	1. Tempat tidur dengan pengaman	
Pre interaksi	1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien 2. Cuci tangan 3. Siapkan alat yang diperlukan	
Tahap orientasi	1. Beri salam dan perkenalkan diri. 2. Menanyakan keluhan utama atau kondisi klien saat ini. 3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga 4. Berikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan. 5. Melakukan tindakan keperawatan sesuai prosedur.	

Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Observasi keadaan pasien 3. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang. 4. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar. 5. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi. 6. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30⁰
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu pasien dan keluarga bahwa tindakan sudah selesai dilakukan,rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman. 2. Evaluasi perasaan pasien (bila pasien sadar) 3. Berikan reinforcement positif kepada pasien dan keluarga 4. Rapikan alat dan cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal, dan jam pelaksanaan 2. Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif)

Lampiran 2

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. S
DENGAN CEDERA KEPALA BERAT (CKB)
DI IGD RSUD SANJIWANI GIANYAR
PADA TANGGAL 20 APRIL 2021**



OLEH:

LUH EKA DESRIANA PUTRI

NIM. P07120320043

PROGRAM STUDI PROFESI NERS KELAS B

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN AJARAN 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



FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Mahasiswa : Luh Eka Desriana Putri

NIM : P07120320043

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama : Tn. S
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Pegawai Swasta
Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 20 April 2021, pukul 06.30 WITA
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran
Diagnosa Medis : Cedera Kepala Berat

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	: Stupor (E ₁ V ₁ M ₄)
Pernafasan	: Spontan
Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: Ada, cairan
Bunyi nafas	: Gurgling
Hembusan nafas	: Dangkal

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan	: Takipnea
Frekwensi Pernafasan	: 24x/menit
Retraksi Otot bantu nafas	: Ada
Kelainan dinding thoraks	: Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris
Bunyi nafas	: Gurgling
Hembusan nafas	: Dangkal

CIRCULATION

1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran	: Stupor (E ₁ V ₁ M ₄)
Perdarahan (internal/eksternal)	: Ada pada kepala
Kapilari Refill	: < 2 detik
Tekanan darah	: 140/100 mmHg
Nadi radial/carotis	: 88x/menit
Akral perifer	: Hangat

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E :1 V:1 M:4	: 6
Reflex fisiologis	: +/+
Reflex patologis	: +/+
Kekuatan otot	: 333 333
	333 333

PENGAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

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

1. RIWAYAT KESEHATAN

a. RKD

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus dan alergi.

b. RKS

Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani pada tanggal 20 April 2021 pukul 06.30 WITA, setelah mengalami kecelakaan lalu lintas menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di Pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan. Keadaan umum : lemah, kesadaran stupor, GCS:6 E₁V₁M₄, CRT < 2 detik, SaO₂ : 88%, TD: 140/100mmHg, N: 88x/menit, S: 36,5°C, RR: 24x/menit. Perdarahan: +. Diagnosa medis saat ini Cedera Kepala Berat.

c. RKK

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus maupun penyakit menular.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien mengalami trauma kecelakaan lalu lintas menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di Pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan.

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kepala : Cephal hematoma diameter 10cm
 - Kulit kepala : Terdapat lesi, rambut berwarna hitam tampak bersih.
 - Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sclera putih (tidak ikterik)
 - Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada, secret tidak ada dan lesi tidak ada.
 - Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.
 - 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 maupun nyeri tekan dan terdapat luka lecet region pipi hematoma.
- b. Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.
- c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan
 - Paru-paru
 - Inspeksi : Gerak dada simetris, 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 : Sonor
- Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)
- d. Abdomen
- Inspeksi : Tidak ada distensi abdomen
- 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 : Terdapat perdarahan pada kepala
- i. Neurologis
- Fungsi sensorik : Terganggu
- Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas.

4. HASIL LABORATORIUM

HEMATOLOGI		
DARAH LENGKAP		
Trombosit (PLT)	300	150-450
RDW-SD	42,9	35.0-56.0
RDW-CV	13,4	11.5-14.5
PDW	16.1	9.0-17.0
PCT	0.300	0.108-0.282
Neu %	57.5	50.0-70.0
Neu #	10.94	2.00-7.00
MPV	10.0	7.0-11.0

Mon %	8.0	3.0-8.0
Mon #	1.53	0.12-0.8
MCV	86.3	80.0-100.0
MCHC	32.3	32.0-36.0
MCH	27.9	27.0-31.0
Lym %	32.2	20.0-40.0
Lym #	6.13	0.80-4.00
Leukosit (WBC)	19.04	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	14.7	11.0-16.0
Hematocrit (HCT)	45.6	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	5.29	3.50-5.50
Eos %	2.1	0.5-5.0
Eos #	0.40	0.02-0.5
Bas %	0.2	0.0-0.10
Bas #	0.04	0.00-0.10
HEMOSTASIS		
Waktu perdarahan (BT)	3.00	2-6
Waktu pembekuan (CT)	7.00	6-15
IMUNOLOGI		
SARS – CoV-2-Antigen Test	Negatif	Negative

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras:

Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan

System ventrikel dan cysterna tampak normal

Sulci dan gyri tampak tampak normal

Tidak tampak deviasi midline struktur

Pons dan cerebellum tampak normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Orbita dan mastoid tampak baik

Tampak fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus

Tampak scalp hematoma frontalis kiri

Kesan :

Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan

Fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus

Scalp hematoma frontalis kiri

6. TERAPI DOKTER

- a. IVFD Nacl 0,9%
- b. Paracetamol flash
- c. Ranitidine 1 ampul
- d. Ondancetron 1 ampul
- e. Citicolin 500mg
- f. Manitol 200cc dalam 100cc Nacl habis dalam 15 menit Monitor @ 6 jam: masuk 100cc @15 menit @6 jam Bila TD <100 stop manitol
- g. Piracetam 12gr IV
- h. Metamizole 3x1 ampul
- i. Ceftriaxone 2x1 gram
- j. Sungkup Oksigen 6 lpm

B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <p>-</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Faktor risiko dan kondisi klinis terkait yaitu cedera kepala</p>	<p>Kecelakaan, benturan, pukulan, terkena peluru/benda tajam, trauma persalinan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Trauma kepala akibat deselerasi, akselerasi, coup-contrecoup</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Fraktur tulang tengkorak Ruptur pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perdarahan intracranial, hematoma</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan tekanan intrakranial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tekanan perfusi serebral menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH


1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan cedera kepala





D. RENCANA KEPERAWATAN







No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <p>2. Cedera kepala</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x2 jam diharapkan</p> <p>Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 6. Kesadaran membaik 7. Tekanan darah sistolik membaik 8. Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Intervensi Utama: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan pasien <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi <i>Fowler</i>



			<p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
--	--	--	---

E. PELAKSANAAN


No.	Tgl/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1.	20/4/21 06.30 WITA	<p>Memonitor TTV, SaO₂ dan keluhan utama pasien</p> <p>Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK</p> <p>Memonitor MAP</p>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah pasien tampak pucat dan gelisah 2. Keadaan umum: lemah 3. Tingkat kesadaran: Stupor 4. Pasien mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan lalu lintas dengan GCS (E₁ V₁ M₄) 5. Pasien tampak sesak sulit bernapas 6. Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan 7. Pasien terpasang sungkup 6 liter/menit 8. CRT <2detik 9. Akral Hangat 10. SaO₂ : 88% 11. MAP= $140+(2.100)/3=$ 113mmHg 12. Terdapat luka pada kepala pasien 13. Hasil TTV : TD :140/100 mmHg N :88x/menit, S :36,5°c, RR :24x/menit. 	

2.	06.32 WITA	Melaksanakan tindakan memasang neck collar Memberikan posisi <i>head up 30°</i>	DS: - DO: Pasien berbaring dengan posisi <i>head up 30°</i>	
3.	06.34 WITA	Memonitor status pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola napas dan adanya produksi sputum) Memonitor bunyi napas Memberikan O ₂ sesuai indikasi Memonitor kecepatan aliran oksigen Memonitor efektifitas pemberian O ₂ (Saturasi Oksigen)	DS : - DO: Pasien tampak sesak, pola napas abnormal (takipnea) dengan frekuensi 24x/menit, suara napas tambahan ronchi +/+, terdapat cairan pada mulut pasien, pasien terpasang Sungkup O ₂ dengan 6 lpm, saturasi meningkat 98%, aliran oksigen lancar	
4.	06.35 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus dan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium dan swab antigen	DS : - DO: Pasien tampak gelisah. Terpasang infus ditangan kiri, infus NaCl netes lancar, sampel lab dan sampel swab antigen dikirim ke laboratorium.	
5.	06.36 WITA	Melakukan perawatan luka pada bagian kepala dan kaki	DS : - DO: Luka telah dibersihkan, tidak ada tanda dan gejala infeksi	


6.	06.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Paracetamol 1 flash, Ranitidine 1 amp, Ondancentron 1 amp, Citicolin 500mg	DS : - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	
7.	06.50 WITA	Memasang bed site monitor Menyediakan lingkungan yang tenang	DS : - DO: Pasien terpasang bedside monitor. Pasien tampak gelisah. Lingkungan pasien tenang.	
8.	06.55 WITA	Melakukan suction untuk membersihkan secret	DS : - DO: Sekret sudah dibersihkan	
9.	07.00 WITA	Kolaborasi pemeriksaan CT-Scan	DS : - DO : Tunggu hasil.	
10.	07.10 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan pemasangan dower kateter Memonitor urine output pasien	DS: - DO: Dower kateter terpasang Urine output 100ml	
11.	07.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Manitol 200cc dalam 100cc NaCl habis dalam 15 menit, Metamizole 1 amp,	DS : - DO: Obat telah masuk, tidak ada reaksi alergi.	

		skin test Ceftriaxone, Citicoline 1 amp		
12.	08.00 WITA	Memonitor hasil pemeriksaan CT-Scan Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Ceftriaxone 1 gram	DS : - DO: Hasil pemeriksaan CT-Scan: Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan Fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus Scalp hematoma frontalis kiri Obat telah masuk, tidak ada reaksi alergi.	
13.	08.30 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen	DS :- DO: Hasil TTV : TD:128/75mmHg N:90x/menit S:36,5°C RR:18x/menit SaO ₂ : 100%	

F. EVALUASI

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	20 April 2021 11.30 WITA	<p>Diagnosis Keperawatan: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>Subjective : -</p> <p>Objective : Tingkat kesadaran menurun: Stupor dengan GCS: 6 (E:1 V:1 M:4) Tekanan intrakranial cukup menurun: MAP: 93 mmHg Sakit kepala cukup menurun Gelisah cukup menurun Nilai rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolik membaik TD:128/75mmHg</p> <p>Assesment : Perfusi Serebral cukup meningkat</p> <p>Planning : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none">e. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)f. Monitor MAP (<i>Men Arterial Pressure</i>)g. Berikan posisi <i>head up</i> 30⁰h. Monitor status pernapasan	

RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

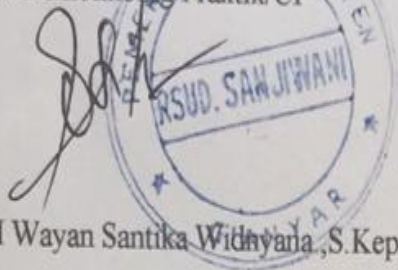
INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : ICU <input checked="" type="checkbox"/> Foto Rontgen : 1 lembar <input checked="" type="checkbox"/> Laboratorium: 2 lembar <input type="checkbox"/> EKG : - <input checked="" type="checkbox"/> Obat-obatan : paracetamol 1 flash, ranitidine 1 amp, ondancentron 1 amp, citicoline 500mg, manitol 200cc dalam 100cc Nacl habis dalam 15 menit (monitor @6jam masuk 100cc @15 menit @6 jam bila TD <100 stop manitol, piracetam 12gr IV , Metamizole 3x1 amp, Ceftriaxone 2x1 gram
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  (Luh Eka Desriana Putri)

LEMBAR PENGESAHAN

Gianyar, 26 April 2021

Mengetahui

Nama Pembimbing Praktik/CI



Ns. I Wayan Santika Widnyana, S.Kep

NIP. 197910132005011009

Mahasiswa



Luh Eka Desriana Putri

NIM. P07120320043

Nama Pembimbing Akademik/CT

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

NIP. 1967092819900310011

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. EA
DENGAN CEDERA KEPALA BERAT (CKB)
DI IGD RSUD SANJIWANI GIANYAR
PADA TANGGAL 20 APRIL 2021**



OLEH:

LUH EKA DESRIANA PUTRI

NIM. P07120320043

PROGRAM STUDI PROFESI NERS KELAS B

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN AJARAN 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



FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Mahasiswa : Luh Eka Desriana Putri
NIM : P07120320043

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama : Tn. EA
Umur : 58 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Swasta
Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 20 April 2021
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran
Diagnosa Medis : Cedera Kepala Berat

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	: Stupor
Pernafasan	: Spontan
Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: Ada, cairan
Bunyi nafas	: Gurgling
Hembusan nafas	: Dangkal

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan	: Dispnea
Frekwensi Pernafasan	: 16x/menit
Retraksi Otot bantu nafas	: Ada
Kelainan dinding thoraks	: Simetris, tidak ada jejas
Bunyi nafas	: Gurgling
Hembusan nafas	: Dangkal

CIRCULATION

1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran	: Stupor
Perdarahan (internal/eksternal)	: Terdapat pendarahan pada telinga kiri dan kepala
Kapilari Refill	: <2 dtk
Tekanan darah	: 167/76 mmHg
Nadi radial/carotis	: 124x/menit
Akral perifer	: Hangat

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E :1 V:1 M:4	: 6
Reflex fisiologis	: +/+
Reflex patologis	: +/+
Kekuatan otot	: 333 333
	333 333

PENGAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

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

1. RIWAYAT KESEHATAN

a. RKD

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki masalah kesehatan tensi tinggi.

b. RKS

Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani tanggal 20 April 2021 pukul pukul 06.00 WITA setelah mengalami kecelakaan lalulintas, menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan. Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani tanggal 20 April 2021 pukul pukul 07.00 WITA. Tingkat kesadaran stupor, TD : 167/76 mmHg, S : 36,6⁰C, RR : 16x/menit, N : 124 x/menit, SaO₂ : 85%, perdarahan : (+).
Diagnosa medis saat ini Cedera Kepala Berat.

c. RKK

Keluarga pasien mengatakan ada dari orangtua pasien yang memiliki riwayat keshatan yaitu riwayat hipertensi.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien mengalami trauma kecelakaan lalu lintas menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di Pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan.

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

a. Kepala

Kulit kepala : Bentuk kepala normosefali, lesi (+), hematoma (+), warna rambut hitam,

Mata : Konjungtiva : pucat,

Sklera : normal

Pupil : midriasis (melebar)

Mata sebelah kiri tampak lembam/edema

Telinga : Bentuk telinga simetris, terdapat perdarahan pada telinga kiri,

Hidung : Simetris, perdarahan (-), lesi (-),

Mulut dan gigi : Perdarahan (-), lesi (+), gigi tampak lepas pada m3 dan m2 atas

Wajah : Hematoma (+), lesi (+)

b. Leher : Nadi karotis teraba, pembesaran vena jugularis (-), lesi (-)

c. Dada/ thoraks Paru-paru

Inspeksi : Pengembangan dada simetris, jejas (-), tampak ada retraksi otot bantu pernafasan

Palpasi : Nyeri tekan (-), benjolan (-)

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vasikuler +/+, Ronchi +/+

Jantung

Inspeksi : Pengembangan dada simetris

Palpasi : nyeri tekan (-)

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Suara Jantung S2 S3, Murmur (-)

- d. Abdomen
- Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak adadistensi abdomen
 - Palpasi : Tidak teraba adanya penupukan cairan, nyeri tekan (-)
 - Perkusi : Timpani
 - Auskultasi : Bising usus (+)
- e. Pelvis
- Inspeksi : Bentuk simetris
 - Palpasi : Nyeri tekan (+)
- f. Perineum dan rektum : tidak terkaji
- g. Genitalia : tidak tekaji
- h. Ekstremitas
- Status sirkulasi : CRT <2 dtk
 - Keadaan injury : Terdapat perdarahan pada kepala
- i. Neurologis
- Fungsi sensorik : Terganggu
 - Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas
- j. Neurologis
- Fungsi sensorik : Terganggu
 - Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas

4. HASIL LABORATORIUM

HEMATOLOGI DARAH LENGKAP		
Trombosit (PLT)	232	150-450
RDW-SD	39.5	35.0-56.0
RDW-CV	11.8	11.5-14.5
PDW	15.8	9.0-17.0
PCT	0.201	0.108-0.282
Neu %	72.8	50.0-70.0
Neu #	8.80	2.00-7.00
MPV	8.7	7.0-11.0
Mon %	5.0	3.0-8.0
Mon #	0.59	0.12-0.8

MCV	91.7	80.0-100.0
MCHC	32.5	32.0-36.0
MCH	29.8	27.0-31.0
Lym %	21.2	20.0-40.0
Lym #	2.56	0.80-4.00
Leukosit (WBC)	12.08	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	15.3	11.0-16.0
Hematocrit (HCT)	47.1	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	5.14	3.50-5.50
Eos %	0.9	0.5-5.0
Eos #	0.11	0.02-0.5
Bas %	0.1	0.0-0.10
Bas #	0.02	0.00-0.10
IMUNOLOGI		
SARS – CoV-2-Antigen Test	Negatif	Negative

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Hasil pemeriksaan CT-Scan:

CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras:

Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan

Perdarahan kurang lebih 5-6 cc

Intracerebral hematoma

System ventrikel dan cisterna tampak normal

Sulci dan gyri tampak normal

Tidak tampak deviasi midline struktur

Pons dan cerebellum tampak normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Oribta dan mastoid tampak baik

Kesan :

Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan

6. TERAPI DOKTER

- a. IVFD Nacl 0.9 % 20 tpm
- b. Oksigen NRM 10 lpm
- c. Paracetamol 1g IV
- d. Citicolin 500 mg IV
- e. Ranitidine 1 amp IV
- f. Ondansentron 1 amp IV
- g. Pemasangan intubasi
- h. Medazolam 10 Amp drip kecepatan 5mg/jam
- i. Manitol 200 cc dalam 100 cc habis dalam 15 menit
- j. Skin tes Ceftriaxone
- k. Metamizol 1 amp
- l. Ceftriaxone 1 gram

B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <p>-</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Faktor risiko dan kondisi klinis terkait yaitu cedera kepala</p>	<p>Kecelakaan, benturan, pukulan, terkena peluru/benda tajam, trauma persalinan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Trauma kepala akibat deselerasi, akselerasi, coup-contrecoup</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Fraktur tulang tengkorak Ruptur pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perdarahan intracranial, hematoma</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan tekanan intrakranial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tekanan perfusi serebral menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH


1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan cedera kepala




D. RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <p>3. Cedera kepala</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x2 jam diharapkan</p> <p>Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 5. Kesadaran membaik 6. Tekanan darah sistolik membaik 7. Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Intervensi Utama: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan pasien





			<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang2. Berikan posisi semi <i>Fowler</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
--	--	--	--



E. PELAKSANAAN

No.	Tgl/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1.	20/4/21 06.30 WITA	Memonitor TTV, SaO ₂ dan keluhan utama pasien Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Memonitor MAP	DS : - DO : 1. Wajah pasien tampak pucat dan gelisah 2. Keadaan umum : lemah 3. Tingkat kesadaran Stupor 4. Pasien mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan lalu lintas dengan GCS : E1 V1 M4 (6) 5. Pasien tampak sesak sulit bernapas 6. Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan 7. Pasien terpasang sungkup NRM 10 lpm 8. CRT <2 detik 9. Akral hangat 10. MAP= $167+(2.76)/3=$ 106mmHg 11. Pasien sempat mengalami kejang 12. Terdapat luka pada kepala, keluar darah pada telinga dan edema lebam pada mata pasien 13. Hasil TTV : TD : 167/76 mmhg S : 36,6 ⁰ C RR : 16 x/menit – N : 124x/menit SaO ₂ : 85 %	

2.	06.32 WITA	Melaksanakan tindakan memasang neck collar Memberikan posisi <i>head up 30⁰</i>	DS : - DO: Pasien berbaring dengan posisi <i>head up 30⁰</i>	
3.	06.34 WITA	Memonitor status pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola napas dan adanya produksi sputum) Memonitor bunyi napas Memberikan O ₂ sesuai indikasi Memonitor kecepatan aliran oksigen Memonitor efektifitas pemberian O ₂ (Saturasi Oksigen)	DS : - DO: Pasien tampak sesak, pola napas abnormal (takipnea) dengan frekuensi 24x/menit, suara napas tambahan ronchi +/+, terdapat cairan pada mulut pasien, pasien terpasang Sungkup O ₂ dengan 6 lpm, saturasi meningkat 98%, aliran oksigen lancar	
4.	06.35 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus dan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium dan swab antigen	DS : - DO: Pasien tampak gelisah. Terpasang infus ditangan kiri, infus RL 20 tpm pada tangan kiri, infus netes lancar, sampel lab dan sampel swab antigen dikirim ke laboratorium.	


5.	06.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Paracetamol 1 flash, Ranitidine 1 amp, Ondancentron 1 amp, Citicolin 500mg	DS : - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	
6.	06.50 WITA	Memasang bed site monitor Menyediakan lingkungan yang tenang	DS:- DO: Pasien terpasang bedside monitor. Pasien tampak gelisah. Lingkungan pasien tenang	
7.	07.00 WITA	Kolaborasi pemeriksaan CT-Scan	DS : - DO : Tunggu hasil.	
8.	07.10 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan pemasangan dower kateter Memonitor urine output pasien	DS: - DO: Dower kateter terpasang Urine output 200ml	
9.	07.15 WITA	Memonitor status penapasan (Frekuensi, irama, kedalaman, pola napas, dan adanya produksi sputum Memonitor bunyi napas dan SaO ₂	DS : - DO: Pasien mengalami gagal napas, dilakukan suction, terdapat secret ± 10cc, SaO ₂ ; 80 % Konsul dokter anastesi untuk pemasangan intubasi, intubasi terpasang	

10.	07.20 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Medazolam 10 amp drip kecepatan 5 mg/jam Melaksanakan kolaborasi tindakan intubasi pemasangan ETT	DS : - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi. Pasien terpasang intubasi in line position dengan regimen fentanyl 150mcg, atracurium 50 mg, midazolam 5 mg Pasien terpasang ETT no 7.5 cuffed kedalaman 21 cm	
11.	07.25 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Manitol 200cc dalam 100cc NaCl habis dalam 15 menit, Metamizole 1 amp, skin test Ceftriaxone, Citicoline 1 amp	DS : - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	
12.	07.40 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Ceftriaxone 1 gram	DS : - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	
13.	08.00 WITA	Melakukan suction untuk membersihkan	DS : - DO: Sekret sudah dibersihkan	


		secret		
14.	08.10 WITA	Memonitor hasil pemeriksaan CT-Scan	<p>DS : -</p> <p>DO:</p> <p>Hasil pemeriksaan CT-Scan:</p> <p>CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras:</p> <p>Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan</p> <p>Perdarahan kurang lebih 5-6 cc</p> <p>Intracerebral hematoma</p> <p>System ventrikel dan cysterna tampak normal</p> <p>Sulci dan gyri tampak normal</p> <p>Tidak tampak deviasi midline struktur</p> <p>Pons dan cerebellum tampak normal</p> <p>Tak tampak kalsifikasi abnormal</p> <p>Oribta dan mastoid tampak baik</p> <p>Kesan :</p> <p>Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan</p>	
15.	08.30 WITA	Memonitor TTV dan SaO ₂ post Intubasi Memonitor urine output pasien	<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <p>Hasil TTV :</p> <p>TD:167/76mmHg</p> <p>N:98x/menit</p>	

			S:36,5°C RR:18x/menit SaO ₂ : 98%	
--	--	--	--	--

F. EVALUASI

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	20 April 2021 11.30 WITA	<p>Diagnosis Keperawatan: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>Subjective : -</p> <p>Objective : Tingkat kesadaran menurun: Stupor dengan GCS: 6 (E:1 V:1 M:4) Tekanan intrakranial cukup menurun: MAP: 90 mmHg Sakit kepala cukup menurun Gelisah cukup menurun Nilai rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolik membaik TD:130/70mmHg</p> <p>Assesment : Perfusi Serebral cukup meningkat</p> <p>Planning : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)b. Monitor MAP (<i>Men Arterial Pressure</i>)c. Berikan posisi <i>head up 30⁰</i>d. Monitor status pernapasan	

RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : ICU <input checked="" type="checkbox"/> Foto Rontgen : 1 lembar <input checked="" type="checkbox"/> Laboratorium: 2 lembar <input type="checkbox"/> EKG : - <input checked="" type="checkbox"/> Obat-obatan : paracetamol 1 flash, ranitidine 1 amp, ondancentron 1 amp, citicoline 500mg, manitol 200cc dalam 100cc Nacl habis dalam 15 menit (monitor @6jam masuk 100cc @15 menit @6 jam bila TD <100 stop manitol, piracetam 12gr IV , Metamizole 3x1 amp, Ceftriaxone 2x1 gram
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 <div style="text-align: center;">  (Luh Eka Desriana Putri) </div>

LEMBAR PENGESAHAN

Gianyar, 26 April 2021

Mengetahui

Nama Pembimbing Praktik/CI



Ns. I Wayan Santika Widnyana, S.Kep

NIP. 197910132005011009

Mahasiswa



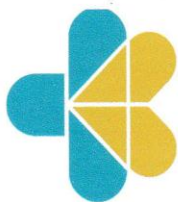
Luh Eka Desriana Putri

NIM. P07120320043

Nama Pembimbing Akademik/CT

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

NIP. 1967092819900310011



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

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

Nama Mahasiswa : Luh Eka Desriana Putri
NIM : 007120320043

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	2/6/2021		Ns. Ida Erni Sipanutar, S.Kep. M.Kep.
2	Perpustakaan	2/6-21		Dewa Ajiyan Triwijaya
3	Laboratorium	2/6-21		NI Luh Ed Ari Kresna Dewa
4	HMJ	2/6-21		DEWA MADE ARDI KRISNA MURTI
5	Keuangan	2/6/21		Ns. way Pakiah
6	Administrasi umum/perlengkapan	2/6-21		I KIRATUS Waya

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



Edit

Data Skripsi Mahasiswa

N I M : P07120320043
 Nama Mahasiswa : Luh Eka Desriana Putri
 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	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan Judul Karya Ilmiah Akhir Ners	4 Mei 2021	✓
2	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan Intervensi Inovasi KIA-N	7 Mei 2021	✓
3	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Konsul BAB I	17 Mei 2021	✓
4	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Konsul Revisi BAB I	20 Mei 2021	✓
5	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan BAB II dan III	27 Mei 2021	✓
6	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Konsul Revisi BAB II, III, Bimbingan BAB IV,V	28 Mei 2021	✓
7	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Acc Ujian	3 Jun 2021	✓
8	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Bimbingan Judul Karya Ilmiah Akhir Ners	4 Mei 2020	✓
9	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Bimbingan BAB I	18 Mei 2021	✓
10	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB I, Bimbingan BAB II	27 Mei 2021	✓
11	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB II, Bimbingan BAB III-IV	29 Mei 2021	✓
12	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB III,IV Bimbingan BAB V	31 Mei 2021	✓
13	196808031989031003 - KETUT SUDIANTARA, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes.	Revisi BAB V, Bimbingan KIA-N Lengkap	3 Jun 2021	✓

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Luh Eka Desriana Putri
NIM : P07120320043
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Jln. Pasakan Gg. Batukaru III Batubulan Gianyar
Nomor HP/Email :

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Dengan Cedera Kepala Berat Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar

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, 10 Juni 2021

Yang menyatakan,



Nama Luh Eka Desriana Putri

NIM: P07120320043