

BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar pada tanggal 12 – 30 April 2021. Pengkajian pada pasien pertama yaitu Tn. B dilakukan tanggal 18 April 2021 pukul 09.00 WITA. Sedangkan pengkajian pada pasien kedua yaitu Ny. P dilakukan tanggal 21 April 2021 pukul 14.00 WITA.

Tabel 2
Pengkajian Kasus 1 Tn. B dan Kasus 2 Ny. P dengan Hipovolemia pada Syok Hipovolemik di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

Kasus I	Kasus II
Identitas Pasien	Identitas Pasien
Nama : Tn.B	Nama : Ny. NP
Umur : 70 tahun	Umur : 62 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki	Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Tidak bekerja	Pekerjaan : Tidak bekerja
Agama : Hindu	Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 18 April 2021	Tanggal Masuk RS : 21 April 2021
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran dan Lemas	Alasan Masuk : Lemas
Diagnosa Medis : Syok Hipovolemia dd Sepsis	Diagnosa Medis : Syok Hipovolemia ec Low Intake
Initial survey : Pain	Initial survey : Verbal
Warna triage : P2	Warna triage : P2
Survei Primer dan Resusitasi	Survei Primer dan Resusitasi
a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal	a. <i>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	
b. <i>Breathing</i>	b. <i>Breathing</i>
Fungsi pernafasan	Fungsi pernafasan
Jenis Pernafasan : Takipnea	Jenis Pernafasan : Normal
Frekwensi Pernafasan: 30x/menit	Frekwensi Pernafasan: 20x/menit

Retraksi Otot bantu nafas:-
 Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris
 Bunyi nafas : Vesikuler +/+, Ronchi +/+
 Hembusan nafas : Lemah

Retraksi Otot bantu nafas:-
 Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris
 Bunyi nafas : Vesikuler +/+
 Hembusan nafas : Lemah

c. *Circulation*

Keadaan sirkulasi
 Tingkat kesadaran : Somnolen
 Perdarahan (internal/eksternal):-
 Kapilari Refill : >2 detik
 Tekanan darah : 60/30 mmHg
 Nadi radial/carotis : 145x/menit
 Akral perifer : Dingin

c. *Circulation*

Keadaan sirkulasi
 Tingkat kesadaran : Apatis
 Perdarahan (internal/eksternal):-
 Kapilari Refill : >2 detik
 Tekanan darah : 70/palpasi mmHg
 Nadi radial/carotis : 125x/menit
 Akral perifer : Dingin

d. *Disability*

Pemeriksaan Neurologis:
 GCS : E₂V₃M₅ : 10
 Reflex fisiologis : Normal
 Reflex patologis : Tidak ada
 Kekuatan otot : 5555 | 5555

 5555 | 5555

d. *Disability*

Pemeriksaan Neurologis:
 GCS : E₃V₄M₅ : 12
 Reflex fisiologis : Normal
 Reflex patologis : Tidak ada
 Kekuatan otot : 5555 | 5555

 5555 | 5555

Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder

1. Riwayat Kesehatan

a. RKD

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit maag sejak 10 tahun yang lalu dan 5 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 08.00 WITA. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat demam, sesak dan batuk sejak dua minggu 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 8x muntah. Keluarga pasien mengatakan sejak 2 hari SMRS pasien tidak mau makan dan minum dan pasien memiliki riwayat maag

Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder

1. Riwayat Kesehatan

a. RKD

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, memiliki riwayat penyakit ginjal dan menjalani cuci darah, cuci darah terakhir yaitu pada tanggal 12 september 2005.

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 E₃V₄M₅, CRT >2 detik, SaO₂ : 96%, TD: 70/palpasi mmHg, N: 124x/menit, S: 36,5°C, RR:

sejak 10 tahun yang lalu. Keadaan umum: lemah, kesadaran somnolen, GCS:10 E₂V₃M₅, CRT >2detik, SaO₂ : 58%, TD: 60/30mmHg, N: 145x/menit, S: 37,8°C, RR: 30x/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 tidak ikterik.
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 tidak lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.
Wajah :
Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema.
- 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
Paru-paru

20x/menit, GDS: 196 mg/dL. Diagnose medis saat ini Syok Hipovolemia 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 tidak ikterik.
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 tiroid, 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 (-)	Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Vesikuler +/+ 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 (+)	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	e. Pelvis Inspeksi : Bentuk pelvis simetris 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 Status sirkulasi : CRT >2detik Keadaan injury : Tidak ada	h. Ekstremitas Status sirkulasi : CRT >2detik Keadaan injury : Tidak ada
i. Neurologis Fungsi sensorik : Normal Fungsi motorik : Normal.	i. Neurologis Fungsi sensorik : Normal Fungsi motorik : Normal.
Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Darah Lengkap Trombosit (PLT) : 77 10 ³ /uL PCT : 0.090 % MCV : 85,7 fL MCHC : 33,8 g/dL MCH : 29,0 Pg Leukosit (WBC) : 18,96 10 ³ /uL Hemoglobin (HGB) : 12.9 g/dL Hematocrit (HCT) : 38,1 %	Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Darah Lengkap Trombosit (PLT) : 381 10 ³ /uL PCT : 0.345 % MCV : 90,0 fL MCHC : 33,3 g/dL MCH : 30,0 Pg Leukosit (WBC) : 10,88 10 ³ /uL Hemoglobin (HGB) : 14.0 g/dL 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 <i>bronchovaskuler</i> 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: <i>Elongation et atherosclerosis aorta</i> <i>Cor dan pulmo</i> dalam batas normal
Terapi Dokter	Terapi Dokter
a. IVFD loading 3 fls NaCl 0,9% (IV)	a. IVFD loading 2 fls NaCl (IV)
b. Oksigen NRM 15 lpm	b. Omeprazole 1 vial (IV)
c. Omeprazole 2 vial (IV)	c. Ondansentron 1 amp (IV)
d. Vascon 0,05 mcg/kgBB/Jam, kec 2,1 (IV)	d. Ceftriaxone 1 vial (IV)
e. Acetylcysteine 1x 200mg IVFD D5% 20 tpm (stop GDA sudah 103 mg/dL)	

B. Masalah Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Kasus I dan Kasus II didapatkan data fokus pengkajian berupa data subjektif dan objektif dan perumusan analisis masalah sebagai berikut:

Tabel 3
Analisis Masalah Keperawatan Kasus 1 Tn. B dengan Hipovolemia pada Syok Hipovolemik di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien tidak sadar sejak pagi pukul 08.00 WITA dan sulit kencing sejak 1 hari sebelum MRS. • 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 8x muntah. Pasien memiliki riwayat maag. <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membran mukosa tampak kering. • Turgor kulit menurun • Nadi teraba lemah • Hematocrit (HCT) : 38,1 % • GCS:10 (E₂V₃M₅) tingkat kesadaran somnolen • BB: 55Kg • TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD :60/30mmHg, N :145x/menit, S :37,8°c, RR :30x/menit. SaO₂: 58% CRT >2detik 	<p>Kehilangan cairan eksternal (Trauma, pembedahan, muntah-muntah, diare, diuresis, diabetes inspedius)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Syok Hipovolemik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Tubuh kehilangan oksigen dan darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hipovolemia</p>	<p>Hipovolemia</p>

Tabel 4
Analisis Masalah Keperawatan Kasus 2 Ny. P dengan Hipovolemia pada Syok Hipovolemik di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien lemas sejak seminggu memberat sejak 3 hari sebelum MRS. • 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. Data Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • Turgor kulit menurun • Pasien tampak lemas • Membrane mukosa kering • Nadi teraba lemah dan cepat • Hematocrit (HCT): 42,1 % • GCS:12 E₃V₄M₅ tingkat kesadaran apatis • BB: 62Kg • TTV: TD :70/palpasi mmHg, N :124x/menit, S :36,5°C, RR :20x/menit. SaO₂: 96% CRT >2detik 	Kehilangan cairan eksternal (Trauma, pembedahan, muntah-muntah, diare, diuresis, diabetes insipidus) ↓ Syok Hipovolemik ↓ Tubuh kehilangan oksigen dan darah ↓ Hipovolemia	Hipovolemia

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus I dan kasus II yaitu hipovolemia.

C. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan berdasarkan analisis masalah keperawatan pada kasus I dan kasus II dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Kasus I: Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan kekurangan intake cairan ditandai dengan frekuensi nadi meningkat (145x/m), nadi teraba lemah, tekanan darah menurun (60/30 mmHg), tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa tampak kering, volume urin menurun, status mental berubah (GCS:10).
2. Kasus II: Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan kekurangan intake cairan ditandai dengan frekuensi nadi meningkat (124x/m), nadi teraba lemah, tekanan darah menurun (70/palpasi mmHg), tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa tampak kering, volume urin menurun, konsentrasi urin meningkat, status mental berubah (GCS:12).

D. Rencana Keperawatan

Tabel 5
Rencana Keperawatan Kasus 1 Tn. P dan Kasus 2 Ny.P
dengan Hipovolemia pada Syok Hipovolemik
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	<p>Hipovolemia (D.0023)</p> <p>Definisi: penurunan volume cairan intravascular, interstisial, dan /atau intraselular.</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kehilangan cairan aktif ✓ Kekurangan intake cairan <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 2 jam diharapkan Status Cairan Membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kekuatan nadi meningkat (5) ✓ Output urine meningkat (5) □ Pengisian vena meningkat (5) ✓ Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering,


-	✓	Tekanan darah membaik (5)	volume urine menurun,
Objektif:	✓	Tekanan nadi membaik (5)	hematokrit meningkat, haus, lemah)
✓ Frekuensi nadi meningkat	✓	Membran mukosa lembab meningkat (5)	✓ Monitor intake dan output cairan
✓ Tekanan darah menurun	□	Hematokrit membaik	Terapeutik
✓ Tekanan nadi menyempit	□	Hemoglobin membaik	✓ Hitung kebutuhan cairan
✓ Turgor kulit menurun			✓ Berikan posisi <i>modified Trendelenburg</i>
✓ Membrane mukosa kering			□ Berikan asuhan cairan oral
✓ Volume urine menurun			Edukasi
Gejala dan Tanda Minor			✓ Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
Subjektif:			□ Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
✓ Merasa lemah			Kolaborasi
□ Mengeluh haus			✓ Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
Objektif:			✓ Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
□ Status mental berubah			□ Kolaborasi pemberian produk darah
✓ Konsentrasi urine meningkat			Manajemen Syok Hipovolemik
□ Suhu tubuh meningkat			Observasi
Kondisi Klinis			✓ Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)
Terkait:			✓ Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)
✓ Muntah			✓ Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)
✓ Diare			Terapeutik
□ Luka bakar			✓ Pertahankan jalan napas paten
□ Trauma/perdarahan			
□ AIDS			







-
- ✓ Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
 - Lakukan penekanan langsung pada perdarahan eksternal
 - ✓ Berikan posisi syok (*modified Trendelenberg*)
 - ✓ Pasang jalur IV
 - ✓ Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine
 - ✓ Kolaborasi pemberian epinefrin
-








Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).




E. Implementasi Keperawatan

Tabel 6
Implementasi Keperawatan Kasus 1 Tn. B dengan Hipovolemia pada
Syok Hipovolemik di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar




No.	Tanggal/jam	No. DX	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	18/4/2021 09.00 WITA	1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV, SaO2 dan keluhan utama pasien 2. Memonitor jalan napas pasien 3. Memonitor status pernapasan pasien 	<p>DS: Keluarga mengatakan pasien tidak sadar sejak pagi pukul 08.00 WITA. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat demam, sesak dan batuk sejak seminggu SMRS 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 8x muntah. Keluarga pasien mengatakan sejak 2 hari SMRS pasien tidak mau makan dan minum dan pasien memiliki riwayat maag sejak 10 tahun yang lalu</p> <p>DO:</p> <p>Kulit pasien tampak kering, Turgor kulit menurun Keadaan umum: lemah, wajah tampak pucat, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS:7 E2V2M3, CRT >2detik, akral dingin EKG: Sinus takikardia. Hasil pemeriksaan GDS:96 mg/dL BB: 55Kg TTV: TD :60/30mmHg, N :145x/menit, S :37,8°C, RR :30x/menit. SaO2: 58%</p>	

2.	09.00 WITA	1.	1. Memposisikan pasien Trendelenburg 2. Memberikan O2 sesuai indikasi	DS: - DO: Pasien berbaring dengan posisi setengah kaki lebih tinggi dari jantung, terpasang O2 dengan NRM 10 lpm, saturasi meningkat menjadi 65%. Dosis oksigen ditingkatkan menjadi 15 lpm saturasi meningkat menjadi 90%.	
3.	09.03 WITA	1.	1. Melakukan pemeriksaan GDS	DS: - DO: GDS 96 mg/dL.	
4.	09.05 WITA	1.	1. 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.	
5.	09.05 WITA	1.	1. Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS:- DO: pasien tampak lemas, turgor kulit menurun, kulit tampak kering dan tidak elastis, diberikan loading cairan NaCl 500ml	
6.	09.15 WITA	1.	1. Kolaborasi pelaksanaan pemasangan dower kateter dan pemeriksaan EKG	DS:- DO: dower kateter terpasang Urine output 100ml Hasil EKG sinus takikardia	
7.	09.25 WITA	1.	1. Memantau tanda vital pasien 2. Memonitor saturasi oksigen pasien 3. Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS:- DO: Diberikan loading Nacl 500ml TD: 65/30 mmHg N: 125x/m S: 36,8°C RR: 24x/m SpO ₂ : 90%	

8.	09.30 WITA	.	2.	Melakukan delegative dalam pemberian terapi obat: omeprazole 1 ampul	DS: - DO: Terapi obat diberikan melalui IV, tidak ada reaksi alergi.	
9.	10.00 WITA	1.	1.	Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS: - DO: diberikan loading NaCl 500ml	
10.	10.30 WITA	1.	1.	Melakukan delegatif dalam pemberian terapi pengobatan vascon/epineprin untuk meningkatkan tekanan darah	DS:- DO: diberikan drip vascon dengan kecepatan 2,1 dengan dosis 0,05 mcg/KgBB/Jam	
11.	11.05 WITA	1.	1.	Kolaborasi pemberian terapi pengobatan acetylcysteine 200mg	DS:- DO: obat diberikan melalui IV, tidak ada reaksi alergi pada pasien	
12.	11.20 WITA	1.	1.	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen	DS:- DO: KU lemah TD: 80/40 mmHg N: 105x/m S: 36,0°C RR: 24x/m SpO ₂ : 97%	
13.	11.35 WITA	1.	1.	Melakukan pemeriksaan gula darah pasien	DS:- DO: GDS: 70 Mg/dL	
14.	11.40 WITA	1.	1.	Kolaborasi pemberian cairan dextrose 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 dextrose 5% 20tpm, infus netes lancar tidak ada pembengkakan	

15.	11.50 WITA	1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen 2. Memberikan posisi semi fowler pada pasien 3. Meminor urine output 	<p>DS: keluarga mengatakan pasien mengeluh sesak dan terkadang batuk</p> <p>DO:</p> <p>KU lemah</p> <p>TD: 90/60 mmHg</p> <p>N: 100x/m</p> <p>S: 36,4°C</p> <p>RR: 24x/m</p> <p>SpO₂ : 97%</p> <p>Urine output 250ml dalam 2 jam</p>	
16.	12.00 WITA	1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan kadar gula darah pasien 	<p>DS:-</p> <p>DO: GDS: 103 Mg/dL</p>	
17.	12.00 WITA	1.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor TTV, SaO₂ dan keluhan utama pasien 3. Memonitor jalan napas pasien 4. Memonitor status pernapasan pasien 	<p>DS: Keluarga mengatakan pasien sudah dapat diajak berbicara namun kata-kata yang diucapkan tidak jelas</p> <p>DO: Keadaan umum: lemah, kesadaran : somnolen, GCS :11 E3V3M5, CRT:<2detik. Pasien tampak pucat, berbaring dengan posisi semi fowler pasien belum bisa diajak berkomunikasi dengan baik. GDS: 103mg/dL, EKG: Sinus Takikardia, SaO₂: 97%, output urine 250ml dalam 2 jam, TTV: TD:90/60mmHg, N:100x/menit, S:36,4°C, RR:24x/menit</p>	

Tabel 7
Implementasi Keperawatan Kasus 2 Ny. P dengan Hipovolemia pada
Syok Hipovolemik di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

No.	Tanggal/jam	No. DX	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	21/4/ 2021 14.00 WITA	1.	1. Mengkaji keluhan dan memonitor TTV pasien	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien lemas sejak seminggu, memberat sejak 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, makan dan minum menurun, mual dan muntah sejak 3 hari yang lalu, enek ulu hati, kencing kemerahan dan keluar sedikit. DO: Pasien tampak lemas, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS: 12 E3V4M5, CRT >2detik, akral dingin TD: 70/ palpasi mmHg N: 120x/menit S: 36,5 ^o C RR: 20x/menit Spo2: 98 %	
2.	14.00 WITA	1.	1. Memasang infuse	DS: Pasien tampak kooperatif DO: Terpasang infuse Nacl 0,9% loading 2 flas, infuse terpasang di tangan kiri	
3.	14. 20 WITA	1.	1. Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian obat: a. Omeprazole 1 vial b. Ondansentron 1 ampul c. Ca Glukonas 1 ampul d. Ceftriaxone 1 vial	DS: - DO: Obat sudah masuk melalui IV tidak ada tanda-tanda alergi obat	

5.	14.30 WITA	1.	1. Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS : - DO : diberikan loading NaCl 500ml	<i>Ash</i>
4.	14.40 WITA	1.	1. Melakukan pemasangan kateter	DS: Pasien tampak kooperatif DO: Terpasang kateter dan urin yang keluar ±100 cc	<i>Ash</i>
5.	15.00 WITA	1.	1. Melakukan periksan tanda-tanda vital 2. Memonitor urine output	DS : Pasien mengatakan lemas DO: pasien tampak lemas, nadi teraba lemah, membrane mukosa bibir kering, TD: 90/60 mmHg, N: 110x/menit, S: 36, 3°C , RR : 22 x/menit Spo2: 99% dan uring output 200 cc	<i>Ash</i>

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 8
Evaluasi Keperawatan Kasus 1 Tn. B dan Kasus 2 Ny. P dengan Hipovolemia pada Syok Hipovolemik di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

Kasus I	Kasus II
Tanggal : 18 April 2021	Tanggal : 21 April 2021
Pukul : 12.00 WITA	Pukul : 15.00 WITA
<p>S : Keluarga mengatakan pasien sudah dapat diajak berbicara namun kata-kata yang diucapkan tidak jelas, pasien mengatakan lemas</p> <p>O : Nadi teraba lemah, turgor kulit belum membaik, Membran mukosa tampak pucat, hidrasi belum membaik Keadaan umum : lemah, CRT:<2 detik. Pasien tampak pucat, berbaring dengan posisi semi fowler pasien belum bisa diajak berkomunikasi dengan baik. GDS : 103mg/dL, EKG: Sinus Takikardia, SaO₂: 97%, output urine 250 ml dalam 2 jam, TTV: TD: 90/60mmHg, N:100x/menit, S:36,4^oc, RR:24x/menit</p> <p>A : Hipovolemia</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV dan SaO₂ 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Pertahankan akses IV 4. Kolaborasi pemberian cairan RL 20tpm 5. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 6. Monitor intake dan output cairan 7. Anjurakan memperbanyak asupan cairan oral 	<p>S : Keluarga mengatakan pasien sudah dapat diajak berbicara namun kata-kata yang diucapkan tidak jelas, pasien mengatakan lemas</p> <p>O : Nadi teraba lemah, turgor kulit belum membaik, Membran mukosa tampak pucat, hidrasi belum membaik Keadaan umum : lemah, CRT:<2 detik. Pasien tampak pucat, pasien belum bisa diajak berkomunikasi dengan baik., output urine 200 ml dalam 2 jam, TTV: TD: 90/60mmHg, N:110x/menit, S:36,6^oC, RR:22x/menit</p> <p>A : Hipovolemia</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV dan SaO₂ 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Pertahankan akses IV 4. Kolaborasi pemberian cairan RL 20tpm 5. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 6. Monitor intake dan output cairan 7. Anjurakan memperbanyak asupan cairan oral