

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan pada Kasus Kelolaan 1



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 : Mila Cahyani Heryanto

NIM : P07120320064

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama : Tn. B

Umur : 70 Th

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Agama : Hindu

Tanggal Masuk RS : 18 April 2021

Alasan Masuk : Penurunan kesadaran dan lemas

Diagnosa Medis : Syok Hipovolemik dd Sepsis

Initial survey:

A (alertness) :

V (verbal) :

P (pain) : ✓

U (unrespons) :

Warna triase
: **P1** **P2** **P3** **P4** **P5**

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 : Lemas

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan : Takipnea
Frekwensi Pernafasan : 30x/menit
Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada
Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (Simetris)
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 : 60/30 mmHg
Nadi radial/carotis : 145x/menit
Akral perifer : Dingin

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E₃V₄M₅ :12
Reflex fisiologis : Ada (+)
Reflex patologis : Tidak ada (-)
Kekuatan otot :

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 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 dan pasien memiliki riwayat maag 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

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 terkaji

- g. Genitalia : Tidak terkaji

- h. Ekstremitas
 - Status sirkulasi : CRT \geq 2 detik
 - Keadaan injury : Tidak ada

- i. Neurologis
 - Fungsi sensorik : Normal
 - Fungsi motorik : Normal

4. HASIL LABORATORIUM

NRM	: 10-6968xx		
Nama	: Tn.B		
Jenis Kelamin	: Laki-Laki		
Umur	: 70 tahun		
Tanggal/Jam	: 18 April 2021 pkl.10.00.37 WITA		
HEMATOLOGI			
Trombosit (PLT)	77	10 ³ /UI	150-450
RDW-SD	51.1	fL	35.0-56.0
RDW-CV	15.6	%	11.5-14.5
PDW	15.9	fL	9.0-17.0
PCT	0.090	%	0.108-0.282
Neu%	80.9	%	50.0-70.0
Neu#	15.34	10 ³ /uL	2.00-7.00
MPV	11.8	fL	7.0-11.0
Mon%	11.7	%	3.0-8.0
Mon#	2.21	10 ³ /uL	0.12-0.8
MCV	85.7	fL	80.0-36.0
MCHC	33.8	g/dL	32.0-36.0
MCH	29.0	Pg	27.0-31.0
Lym%	7.3	%	20.0-40.0
Lym#	1.37	10 ³ /uL	0.80-4.00
Lekosit (WBC)	18.96	10 ³ /uL	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	12.9	g/dL	11.0-16.0
Hematokrit (HCT)	38.1	%	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	4.44	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
Eos%	0.0	%	0.5-5.0
Eos#	0.01	10 ³ /uL	0.02-0.5
Bas%	0.1	%	0.0-1.0
Bas#	0.03	10 ³ /uL	0.00-0.10
IMUNOLOGI			
SARS-CoV-2-Antigen Test	Positif		Negatif
KIMIA KLINIK			
Ureum	251.0	mg/dL	18-55
SGPT	13	U/L	< 41
SGOT	89	U/L	< 35
Pemeriksaan Elektrolit			
Natrium	136	mmol/l	135-147

Kalium	5.7	mmol/l	3.5-5.0
Glukosa Sewaktu	72	mg/dL	80-120
Creatinin	4.53	mg/dL	0.67-1.17
Chlorida	103	mmol/l	95-108

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

-

6. TERAPI DOKTER :

- a. IVFD loading 3 fls NaCl 0,9% (IV)
- b. Oksigen NRM 15 lpm
- c. Omeprazole 2 vial (IV)
- d. Vascon 0,05 mcg/kgBB/Jam, kec 2,1 (IV)
- e. Acetylcysteine 1x 200mg IVFD D5% 20 tpm (stop GDA sudah 103 mg/dL)

B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	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 : 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 insipidus)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Syok Hipovolemik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tubuh kehilangan oksigen dan darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipovolemia</p>	<p>Hipovolemia</p>

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH

1. 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), turgor kulit menurun, membrane mukosa tampak kering, volume urin menurun, status mental berubah (GCS:10).


D. RENCANA KEPERAWATAN

No.	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Hipovolemia</p> <p>Definisi: Penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseslukler.</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kehilangan cairan aktif <input type="checkbox"/> Kegagalan mekanisme regulasi <input type="checkbox"/> Peningkatan permeabilitas kapiler <input checked="" type="checkbox"/> Kekurangan intake cairan <input type="checkbox"/> Evaporasi <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif -</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Frekuensi nadi meningkat <input type="checkbox"/> Nadi teraba lemah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 2 jam diharapkan</p> <p>Hipovolemia Membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Cairan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Kekuatan nadi (5) <input type="checkbox"/> Turgor kulit (5) <input checked="" type="checkbox"/> Output urine (5) <input type="checkbox"/> Pengisian vena (5) <input checked="" type="checkbox"/> Frekuensi nadi (5) <input checked="" type="checkbox"/> Tekanan darah (5) <input type="checkbox"/> Tekanan nadi (5) <input checked="" type="checkbox"/> Membran mukosa (5) <input type="checkbox"/> Jugular Venous Pressure (JVP) (5) 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) <input checked="" type="checkbox"/> Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hitung kebutuhan cairan <input type="checkbox"/> Berikan posisi modified Trendelenburg

<p> <input checked="" type="checkbox"/> Tekanan darah menurun <input type="checkbox"/> Tekanan nadi menyempit <input type="checkbox"/> Turgor kulit menurun <input checked="" type="checkbox"/> Membrane mukosa kering <input checked="" type="checkbox"/> Volume urine menurun <input type="checkbox"/> Hematokrit meningkat Gejala dan Tanda Minor Subjektif; <input checked="" type="checkbox"/> Merasa lemah <input type="checkbox"/> Mengeluh haus Objektif: <input type="checkbox"/> Pengisian vena menurun <input type="checkbox"/> Status mental berubah <input type="checkbox"/> Suhu tubuh meningkat <input checked="" type="checkbox"/> Konsentrasi urine meningkat <input type="checkbox"/> Berat badan turun tiba-tiba Kondisi Klinis Terkait: <input type="checkbox"/> Penyakit <i>Addison</i> </p>		<p> <input checked="" type="checkbox"/> Berikan asuhan cairan oral Edukasi <input checked="" type="checkbox"/> Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, Plasmanate) <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian produk darah. Manajemen Syok Hipovolemik Observasi <input checked="" type="checkbox"/> Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, </p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trauma atau perdarahan <input type="checkbox"/> Luka bakar <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Penyakit <i>Crohn</i> <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Colitis ulseratif <input type="checkbox"/> Hipoalbuminemia 		<p>frekuensi napas, TD, MAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) ✓ Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertahankan jalan napas paten <input type="checkbox"/> Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <input type="checkbox"/> Berikan posisi syok (modified Trendelenberg) ✓ Pasang jalur IV ✓ Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine <input type="checkbox"/> Pasang selang nasogastric untuk dekompresi lambung, <i>jika perlu</i> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian epinefrin <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian dipenhidramin, <i>jika perlu</i>
--	--	--	---

E. PELAKSANAAN

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 siang 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,</p>	

				<p>Turgor kulit menurun</p> <p>Keadaan umum : lemah, wajah tampak pucat, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS:7 E2V2M3, CRT >2detik, akral dingin EKG : Sinus takikardia.</p> <p>Hasil pemeriksaan GDS:96 mg/dL</p> <p>BB: 55Kg</p> <p>TTV : TD :60/30mmHg,</p> <p>N :145x/menit,</p> <p>S :37,8°C,</p> <p>RR :30x/menit.</p> <p>SaO2 : 58%</p>	
2.	09.00 WITA	1.	<p>1. Memposisikan pasien Trendelenburg</p> <p>2. Memberikan O2 sesuai indikasi</p>	<p>DS : -</p> <p>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% .</p>	<i>Amh</i>

3.	09.03 WITA	1.	1. Melakukan pemeriksaan GDS	DS : - DO : GDS 96 mg/dL.	<i>Awh</i>
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.	<i>Awh</i>
5.	09.05WITA	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	<i>Awh</i>
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	<i>Awh</i>
7.	09.25 WITA	1.	1. Memantau tanda vital pasien	DS:-	<i>Awh</i>


			<p>2. Memonitor saturasi oksigen pasien</p> <p>3. Melakukan tindakan resusitasi cairan</p>	<p>DO: Diberikan loading Nacl 500ml</p> <p>TD: 65/30 mmHg</p> <p>N: 125x/m</p> <p>S: 36,8°C</p> <p>RR: 24x/m</p> <p>SpO₂ : 90%</p>	
8.	09.30WITA	1.	1. Melakukan delegative dalam pemberian terapi obat : omeprazole 1 ampul	<p>DS : -</p> <p>DO : Terapi obat diberikan melalui IV, tidak ada reaksi alergi.</p>	<i>Ash</i>
9.	10.00 WITA	1.	1. Melakukan tindakan resusitasi cairan	<p>DS : -</p> <p>DO : diberikan loading NaCl 500ml</p>	<i>Ash</i>
10.	10.30 WITA	1.	1. Melakukan delegatif dalam pemberian terapi pengobatan vascon/epineprin untuk meningkatkan tekanan darah	<p>DS:-</p> <p>DO: diberikan drip vascon dengan kecepatan 2,1 dengan dosis 0,05 mcg/KgBB/Jam</p>	<i>Ash</i>

11.	11.05 WITA	1.	1. Kolaborasi pemberian terapi pengobatan acetylcysteine 200mg	DS:- DO: obat diberikan melalui IV, tidak ada reaksi alergi pada pasien	<i>Awh</i>
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%	<i>Awh</i>
13.	11.35WITA	1.	1. Melakukan pemeriksaan gula darah pasien	DS:- DO: GDS: 70 Mg/dL	<i>Awh</i>
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	<i>Awh</i>


				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>	<i>Awh</i>
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>	<i>Awh</i>
17.	12.00 WITA	1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV, SaO₂ dan keluhan utama pasien 2. Memonitor jalan napas pasien 	<p>DS: Keluarga mengatakan pasien sudah dapat diajak berbicara namun kata-kata yang diucapkan tidak jelas</p>	<i>Awh</i>

			3. Memonitor status pernapasan pasien	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	
--	--	--	---------------------------------------	---	--

F. EVALUASI

No.	Tgl/ Jam	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	18 April 2021 12.00 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:<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 250 ml dalam 2 jam, TTV: TD: 90/60mmHg, N:100x/menit, S:36,4°C, RR:24x/menit</p> <p>A : Masalah hipovolemia teratasi sebagian</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 hypovolemia 6. Monitor intake dan output cairan 7. Anjurakan memperbanyak asupan cairan oral 	

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  (Mila Cahyani Heryanto)		

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan pada Kasus Kelolaan II



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 : Mila Cahyani Heryanto
NIM : P07120320064

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama : Ny. P
Umur : 62 Th
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Tidak Bekerja
Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 21 April 2021
Alasan Masuk : Lemas
Diagnosa Medis : Syok Hipovolemik ec Low intake

Initial survey:

A (alertness) :

V (verbal) : ✓

P (pain) :

U (unrespons) :

Warna triase
: P1 P2 P3 P4 P5

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI

AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

1. Keadaan jalan nafas

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

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan : Normal
Frekwensi Pernafasan : 20x/menit
Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada
Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris
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 : 125x/menit
Akral perifer : Dingin

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E₃V₄M₅ :12
Reflex fisiologis : Normal
Reflex patologis : Tidak ada (-)
Kekuatan otot :

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, 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: 20x/menit, GDS: 196 mg/dL. Diagnosa 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

Paru-paru

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 (+)

- e. Pelvis
 - Inspeksi : Bentuk pelvis simetris
 - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
- f. Perineum dan rektum : Tidak terkaji
- g. Genitalia : Terpasang kateter
- h. Ekstremitas
 - Status sirkulasi : CRT \geq 2 detik
 - Keadaan injury : Tidak ada
- i. Neurologis
 - Fungsi sensorik : Normal
 - Fungsi motorik : Normal

4. HASIL LABORATORIUM

NRM	: xxxxx		
Nama	: Ny.P		
Jenis Kelamin	: Perempuan		
Umur	: 62 tahun		
Tanggal/Jam	: 21 April 2021 pkl.14.31.37 WITA		
HEMATOLOGI			
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 : Ny. p

Umur: 62 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 (IV)
- b. Omeprazole 1 vial (IV)
- c. Ondansentron 1 amp (IV)
- d. Ceftriaxone 1 vial (IV)

B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <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. <p>Data Objektif :</p> <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 	<p>Kehilangan cairan eksternal (Trauma, pembedahan, muntah-muntah, diare, diuresis, diabetes insipidus)</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>

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH

1. 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), turgor kulit menurun, membrane mukosa tampak kering, volume urin menurun, konsentrasi urin meningkat, status mental berubah (GCS:12).

D. RENCANA KEPERAWATAN



No.	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Hipovolemia</p> <p>Definisi: Penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseslukler.</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kehilangan cairan aktif <input type="checkbox"/> Kegagalan mekanisme regulasi <input type="checkbox"/> Peningkatan permeabilitas kapiler <input checked="" type="checkbox"/> Kekurangan intake cairan <input type="checkbox"/> Evaporasi <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p>-</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Frekuensi nadi meningkat 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 2 jam diharapkan Hypovolemia Membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Cairan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Kekuatan nadi (5) <input type="checkbox"/> Turgor kulit (5) <input checked="" type="checkbox"/> Output urine (5) <input type="checkbox"/> Pengisian vena (5) <input checked="" type="checkbox"/> Frekuensi nadi (5) <input checked="" type="checkbox"/> Tekanan darah (5) <input type="checkbox"/> Tekanan nadi (5) <input checked="" type="checkbox"/> Membran mukosa (5) <input type="checkbox"/> Jugular Venous Pressure (JVP) (5) 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) <input checked="" type="checkbox"/> Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hitung kebutuhan cairan

<p> <input type="checkbox"/> Nadi teraba lemah <input checked="" type="checkbox"/> Tekanan darah menurun <input type="checkbox"/> Tekanan nadi menyempit <input type="checkbox"/> Turgor kulit menurun <input checked="" type="checkbox"/> Membrane mukosa kering <input checked="" type="checkbox"/> Volume urine menurun <input type="checkbox"/> Hematokrit meningkat Gejala dan Tanda Minor Subjektif; <input checked="" type="checkbox"/> Merasa lemah <input type="checkbox"/> Mengeluh haus Objektif: <input type="checkbox"/> Pengisian vena menurun <input type="checkbox"/> Status mental berubah <input type="checkbox"/> Suhu tubuh meningkat <input checked="" type="checkbox"/> Konsentrasi urine meningkat <input type="checkbox"/> Berat badan turun tiba-tiba Kondisi Klinis Terkait: </p>		<p> <input type="checkbox"/> Berikan posisi modified <i>Trendelenburg</i> <input checked="" type="checkbox"/> Berikan asuhan cairan oral Edukasi <input checked="" type="checkbox"/> Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <input type="checkbox"/> Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, Plasmanate) <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian produk darah. </p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penyakit <i>Addison</i> <input type="checkbox"/> Trauma atau perdarahan <input type="checkbox"/> Luka bakar <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Penyakit <i>Crohn</i> <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Colitis ulseratif <input type="checkbox"/> Hipoalbuminemia 		<p>Manajemen Syok Hipovolemik</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) <input type="checkbox"/> Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) ✓ Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertahankan jalan napas paten <input type="checkbox"/> Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <input type="checkbox"/> Berikan posisi syok (modified Trendelenberg) ✓ Pasang jalur IV ✓ Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine
--	--	--	--


			<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pasang selang nasogastric untuk dekompresi lambung, <i>jika perlu</i><input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian epinefrin<input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian dipenhidramin, <i>jika perlu</i><input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian bronkodilator, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

E. PELAKSANAAN


No.	Tanggal/jam	No. DX	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	21/4/ 2021 14.00 WITA	1.	1. Mengkaji keluhan dan memonitor TTV pasien	<p>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.</p> <p>DO: Pasien tampak lemas, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS: 12 E3V4M5, CRT >2detik, akral dingin</p> <p>TD: 70/ palpasi mmHg</p> <p>N : 120x/menit</p> <p>S: 36,5⁰C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Spo2: 98 %</p>	
2.	14.00 WITA	1.	1. Memasang infuse	<p>DS: Pasien tampak kooperatif</p> <p>DO: Terpasang infuse Nacl 0,9% loading 2 flas, infuse terpasang di tangan kiri</p>	

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	<i>Asih</i>
4.	14.30 WITA	1.	1. Melakukan tindakan resusitasi cairan	DS: - DO: diberikan loading NaCl 500ml	<i>Asih</i>
5.	14.40 WITA	1.	1. Melakukan pemasangan kateter	DS: Pasien tampak kooperatif DO: Terpasang kateter dan urin yang keluar ± 100 cc	<i>Asih</i>
6.	15.00 WITA	1.	1. Melakukan pemeriksaan 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 ⁰ C, RR: 22 x/menit Spo2: 99% dan uring output 200 cc	<i>Asih</i>

F. EVALUASI



No.	Tgl/ Jam	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	21 April 2021 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:<2detik. 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:36,6⁰C, RR:22x/menit</p> <p>A : Masalah hipovolemia teratasi sebagian</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 hypovolemia 6. Monitor intake dan output cairan 7. Anjurakan memperbanyak asupan cairan oral 	

RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : Astina <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  (Mila Cahyani Heryanto)		

Lampiran 3 SOP *Passive Leg Raising* (PLR)

Standar Prosedur Operasional

 <p>POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN</p> <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) TINDAKAN KEPERAWATAN</p> 	
<i>Passive Leg Raising (PLR)</i>	
Pengertian	Posisi mengangkat kedua kaki lebih tinggi dari level jantung yang dapat mempengaruhi sistem hemodinamik kardiovaskular.
Tujuan	Meningkatkan <i>preload</i> atau stroke volume.
Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan prosedur tindakan 5. Menanyakan kesiapan pasien
Fase kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Observasi keadaan pasien 3. Pasang pengaman pada tempat tidur pasien 4. Memeriksa TTV awal pasien 5. Memberikan posisi PLR (0-45⁰) dengan cara menaikkan kaki pasien menggunakan bantal atau tempat tidur yang bisa diatur selama 1-15 menit. 6. Memeriksa TTV pasien 7. Lakukan pemberian posisi PLR berulang 8. Mencatat hasil pemeriksaan kelembar observasi 9. Merapikan pasien 10. Mencuci tangan

Fase terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi tindakan2. Menjelaskan rencana tindak lanjut3. Mengucapkan salam
----------------	--

Lampiran 4 Kegiatan Penelitian Tahun 2021

KEGIATAN PENELITIAN
ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF
PADA PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA SEDANG
DI RUANG IGD RSUD SANJIWANI GIANYAR
TAHUN 2021

No	Kegiatan	Februari 2021				Maret 2021				April 2021				Mei 2021				Juni 2021			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4	Pengurusan Ijin Praktik Peminatan									■	■	■	■								
5	Pengumpulan Data												■	■							
6	Pengolahan Data														■	■	■				
7	Analisis Data														■	■	■				
8	Penyusunan Laporan														■	■	■				
9	Sidang Hasil Penelitian																	■	■	■	■
10	Revisi Laporan																			■	■
11	Pengumpulan KIAN																				■

Lampiran 5 Lembar Bimbingan KIAN

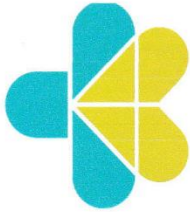
Portal | Perkuliahan | Perkuliahan (Mhs) | Laporan (Mhs) | Yudisium (Mhs) | SISTEM INFORMASI MANAJEMEN AKADEMIK

Data Skripsi Mahasiswa

NIM: P07120320064
 Nama Mahasiswa: Mia Cahyani Herjanto
 Info Akademik: Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners
 Semester : 3

Skripsi | Bimbingan | Jurnal Ilmiah | Skripsi Proposal | Skripsi Sidang

No	Dosen	Tipe	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S Ip., M Kes	Bimbingan judul KIAN	3 Mei 2021	✓
2	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S Ip., M Kes	Bimbingan BAB I	25 Mei 2020	✓
3	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S Ip., M Kes	Bimbingan BAB II dan BAB III	4 Jun 2021	✓
4	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S Ip., M Kes	Bimbingan Perbaikan BAB II dan III serta pengajuan BAB IV dan BAB V	11 Jun 2021	✓
5	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S Ip., M Kes	Bimbingan Perbaikan BAB IV dan BAB V	14 Jun 2021	✓
6	196509131989031002 - I KETUT SUARDANA, S Ip., M Kes	Bimbingan KIAN lengkap	16 Jun 2021	✓
7	196303241983091001 - Ners. IGUSTI KETUT GEDE NGURAH, S Kep., M Kes	Bimbingan judul KIAN dan BAB I	27 Mei 2021	✓
8	196303241983091001 - Ners. IGUSTI KETUT GEDE NGURAH, S Kep., M Kes	Bimbingan perbaikan BAB I dan Bimbingan BAB II	7 Jun 2021	✓
9	196303241983091001 - Ners. IGUSTI KETUT GEDE NGURAH, S Kep., M Kes	Bimbingan perbaikan BAB II dan bimbingan BAB III	10 Jun 2021	✓
10	196303241983091001 - Ners. IGUSTI KETUT GEDE NGURAH, S Kep., M Kes	Bimbingan perbaikan BAB III dan bimbingan BAB IV	11 Jun 2021	✓
11	196303241983091001 - Ners. IGUSTI KETUT GEDE NGURAH, S Kep., M Kes	Bimbingan perbaikan BAB IV dan bimbingan BAB V	14 Jun 2021	✓
12	196303241983091001 - Ners. IGUSTI KETUT GEDE NGURAH, S Kep., M Kes	Bimbingan KIAN lengkap	15 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

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

Nama Mahasiswa : MILA CAHYANI HERYANTO
NIM : 207120320064

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	7/6 ²¹		Ns. Ida Erni Sipahutar, S.Kep.M.Kep
2	Perpustakaan	7/6 ²¹		Dewa Nyoman Triwijaya
3	Laboratorium	7/6 ²¹		Ni Made Juniari, S.Kep. Ners
4	HMJ	7/6 ²¹		Dewa Made Ardi Krisna Mukti
5	Keuangan	7/6 ²¹		Ni Made Astuti
6	Administrasi umum/perengkapan	7/6 ²¹		Ida Ayu Lehut Alit

Keterangan:

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

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Denpasar

Ners. I Made Sukarja, S.K.p.M.Kep
NIP. 196812311992031020



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mila Cahyani Heryanto
NIM : P07120320064
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Banjar Bangbang Kaja, Desa Bangbang
Nomor HP/Email : 081353621995/ milacahyani9@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Hipovolemia Pada Pasien Dengan Syok Hipovolemik Di Ruang IGD 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, 18 Juni 2021

Yang menyatakan,



Mila Cahyani Heryanto

NIM: P07120320064