

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURAT PADA Tn. A  
DENGAN CKS + CLOSE FRAKTUR SINUS FRONTALIS DEXTRA  
+ SAH + EDEMA CEREBRI DI IGD RSUP SANGLAH  
PADA TANGGAL 18 APRIL 2021**



**OLEH :  
I GUSTI BAGUS KOMANG ALIT WARDANA  
P07120320052  
SEMESTER II/KELAS B**

**PROFESI NERS  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
PRODI NERS 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](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



---

**FORMAT PENGKAJIAN  
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Nama Mahasiswa : I Gusti Bagus Komang Alit Wardana  
NIM : P07120320052

**A. PENGKAJIAN**

Identitas Pasien

Nama : Tn. S  
Umur : 26 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pekerjaan : Kuli Bangunan  
Agama : Hindu  
Tanggal Masuk RS : 18 April 2021  
Alasan Masuk : laka lantas.  
Diagnosa Medis : Cidera Kepala Sedang

**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**

Keadaan jalan nafas  
Tingkat kesadaran : Delirium  
Pernafasan : spontan  
Upaya bernafas : ada  
Benda asing di jalan nafas: Tidak ada  
Bunyi nafas : Tidak ada  
Hembusan nafas : Ada

### **BREATHING**

Fungsi pernafasan  
Jenis Pernafasan : Takipnea  
Frekwensi Pernafasan : 26x/menit.  
Retraksi Otot bantu nafas : ada  
Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (simetris)  
Bunyi nafas : Vesikuler  
Hembusan nafas : Ada, dengan frekuensi 26x/menit.

### **CIRCULATION**

Keadaan sirkulasi  
Tingkat kesadaran : Delirium E:2 V:2 M:5 total 9  
Perdarahan (internal/eksternal) : ada, internal SAH dan Edema Cerebri  
Kapilari Refill : < 2 detik  
Tekanan darah : 110/70 mmHg.  
Nadi radial/carotis : 98x/menit.  
Akral perifer : Hangat

## **DISABILITY**

Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E2 V2 M5                    9

Reflex fisiologis                    : +

Reflex patologis                    : +

Kekuatan otot                        : 55555 | 55555  
    55555 | 55555

Skala Nyeri                            : 3 (0-10)

Lokasi Nyeri                         : PQRST

P: nyeri kepada

Q : Kualitas nyeri dirasakan seperti terkena benda tumpul

R : Nyeri dirasakan pada daerah kepala saat bergerak

S : Skala nyeri 3 (0-10)

T : Nyeri dirasakan hilang timbul memberat.

## **PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER**

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

### **1. RIWAYAT KESEHATAN**

#### **a. RKD (Riwayat Kesehatan Dahulu)**

Pasien mengatakan ia tidak memiliki riwayat penyakit keturunan ataupun menular seperti TBC, asma, diabetes ataupun hipertensi.

#### **b. RKS (Riwayat Kesehatan Sekarang)**

Pasien datang dengan penurunan kesadaran diantar oleh BPBD setelah kll sepeda motor 1 jam SMRS. Riwayat sadar(-) muntah (-) kejang keluar darah di mulut (-) mulut pasien tercium bau alcohol .

MOI : pasien penegendara sepeda motor di temukan tergeletak di jalan mekanisme kejadian tidak diketahui dan pasien tidak meggunakan helm.

#### **c. RKK (Riwayat Kesehatan Keluarga)**

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dideritanya saat ini. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun menular seperti TBC, asma, diabetes ataupun hipertensi.

### **2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA**

Pasien datang tidak sadar diantar oleh BPBD setelah kll sepeda motor 1 jam SMRS. Riwayat sadar(-)muntah (-) kejang keluar darah di mulut(-) mulut pasien tercium bau alcohol .

MOI : pasien penegendara sepeda motor di temukan tergeletak di jalan mekanisme kejadian tidak diketahui

### 3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kepala : Normocephal
  - Kulit kepala : Bersih, tidak ada luka
  - Mata : Pupil isokor, sklera tidak ikterik
  - Telinga : Simetris dan pendengaran normal
  - Hidung : Tidak terdapat sekret ataupun polip
  - Mulut dan gigi : Mukosa bibir kering dan mulut bersih, gigi lengkap
  - Wajah : Simetris, terdapat luka laserasi
- b. Leher : Tidak terdapat pembesaran tiroid dan nadi karotis teraba
- c. Dada/ thoraks
  - Paru-paru
    - Inspeksi : Simetris, pergerakan dada simetris dan tidak terdapat jejas.
    - Palpasi : Simetris, tidak terdapat nyeri tekan
    - Perkusi : Sonor
    - Auskultasi : Tidak terdapat suara napas tambahan
  - Jantung
    - Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka
    - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
    - Perkusi : S1 dan S2 pekak
    - Auskultasi : Suara murmur tidak ada
- d. Abdomen
  - Inspeksi : Terdapat distensi abdomen
  - Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada seluruh kuadran
  - Perkusi : Hipertimpani
  - Auskultasi : Bising usus 8 x/menit
- e. Pelvis
  - Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka
  - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
- f. Perineum dan rektum : Tidak terkaji
- g. Genitalia : Tidak terkaji

h. Ekstremitas

Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 98x/menit, CRT < 2 detik

Keadaan injury : -

i. Neurologis

Fungsi sensorik : Pasien masih mampu menerima rangsangan nyeri dengan baik (+/+)

Fungsi motorik : Kekuatan otot

55555		55555
<hr/>		
55555		55555

#### 4. HASIL LABORATORIUM

Nama : Tn. S

Umur : 26 tahun

Tgl Lahir : 13-03-1995

Tgl Pemeriksaan : 18-04-2021

<b>Nama Pemeriksaan</b>	<b>Parameter</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
Darah Lengkap	WBC	8.04	10 <sup>3</sup> /uL	4.1-11.0
	NE%	62.30	%	47-80
	LY%	31.620	%	13-40
	MO%	6.10	%	2.0-11.0
	EO%	2.40	%	0.0-5.0
	BA%	0.30	%	0.0-2.0
	NE#	7.33	10 <sup>3</sup> /uL	2.50-7.50
	LY#	3.67	10 <sup>3</sup> /uL	1.00-4.00
	MO#	0.72	10 <sup>3</sup> /uL	0.10-1.20
	EO#	0.01	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.50
	BA#	0.04	10 <sup>3</sup> /uL	0.0-0.1
	RBC	5.52	10 <sup>3</sup> /uL	4.5-5.9
	HGB	15.20	g/dL	13.5-17.5
	HCT	47.60	%	41.0-53.0
	MCV	86.20	fL	80.0-100.0
	MCH	27.50	pg	26.0-34.0
	MCHC	31.90	g/dL	31-36
	RDW	14.00	%	11.6-14.8
	PLT	502.00	10 <sup>3</sup> /uL	150-440
	NLR	4.23		<= 3.13
PPT/INR	PPT	13.0	detik	10.8-14.4
	INR	0.91		0.9-1.1
APTT	APTT	28.4	detik	24-36
SGOT	AST/SGOT	28.3	U/L	5-34
SGPT	ALT/SGPT	21.10	U/L	11.00-50.00
Albumin	Albumin	3.28	g/dL	3.40-4.80
BS Acak/Glukosa Acak/Glukosa Sewaktu	Glukosa Darah (sewaktu)	-	mg/dL	70-140
BUN / Ureum	BUN	11.20	mg/dL	8.00-23.00
Creatinine	Kreatinin	0.80	mg/dL	0.72-1.25
	e-LFG	119.87		>=90
Kalium (K)	Kalium (K) – Serum	3.12	mmol/L	3.50-5.10
Natrium (Na)	Natrium (Na) – Serum	138	mmol/L	136-145
Chlorida (Cl)	Klorida (Cl) – Serum	104.8	mmol/L	94-110



## 5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Nama : Tn. S

Umur : 26 Tahun

Tanggal Pemeriksaan : 18-04-2021

Jenis Pemeriksaan : Foto pemeriksaan MSCT Scan kepala irisan axial, reformat coronal dan sagittal , tanpa kontras :

Tampak lesi hyperdens berdensitas darah yang mengisi cisternae suprasella dan prepontine

Tampak lesi hypodens berbentuk bulat berbatas tegas berdensitas udara pada medial cranial fossa kanan

Sulci dan gyri merapat

Tampak penyempitan system ventrikel dan cisternae

Tak tampak deviasi midline struktur

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Pons dan cerebellum tak tampak kelainan

Orbita dan mastoid kanan kiri tak tampak kelainan

Tampak pneumatisasi concha media kiri

Tampak perselubungan berdensitas darah pada sinus frontalis kanan, ethmoidalis kanan kiri , maksilaris kanan, dan sphenoidalis kanan kiri

Tampak fracture pada dinding posterior sinus frontalis kanan, lamina papyracea kanan, dinding anterior –medial- lateral sinus maksilaris kanan, septum nasi, sphenoid bone kanan ,squamous part temporal bone kanan

Tampak SCALP hematoma pada regio temporal kanan

Tampak soft tissue swelling pada regio maksilaris kanan

### **Kesan:**

*Sub Aracnoid Hacmorrhage pada cisternae suprasella dan prepontine*

*Pneumocephalus pada medial cranial fossa kanan*

*Edema Cerebri*

*Hematosimus frontalis kanan, ethmoidalis kanan kiri, maksilaris kanan, dan sphenoidalis kanan kiri*

*Fraktur pada dinding posterior sinus frontalis kanan, lamina papyracea kanan, dinding anterior-medial-lateral sinus maksilaris kanan, septum nasi , sphenoid bone kanan, squamous part temporal bone kanan*

*SCALP hematoma pada region temporal kanan*

*Soft tissue swelling pada region maksilaris kanan*

*Concha media bulosa kiri*

6. TERAPI DOKTER

<b>No.</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Keterangan</b>
1.	Nacl 0,9% 500 ml	Menjaga cairan dan elektrolit pasien
2.	Midazolam 5 mg	Mengurangi rasa cemas ,membuat pasien merasa rilexdan tertidur

## B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien hanya mengerang</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Wajah pasien tampak pucat dan gelisah</li> <li>- KU pasien : lemah</li> <li>- Tingkat kesadaran: Delirium</li> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan</li> </ul> <p>GCS: 9 (E:2 V:2 M:5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &lt; 2detik</li> <li>- SaO<sub>2</sub>: 86%</li> <li>- RR :27x/menit</li> </ul>	<p>Kecelakaan, jatuh, benturan pada cranium</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Akselerasi, deselerasi</p> <p>Cedera kepala</p> <p>Dampak tekanan kuat</p> <p>Trauma tertutup</p> <p>Rusaknya lapisan jaringan otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perdarahan menekan otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan aliran darah, penurunan O<sub>2</sub></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b></p>	<p><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b></p>

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

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala.

#### D. RENCANA KEPERAWATAN

Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Rencana Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan
18/04/2021	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan cedera kepala	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 2 jam maka <b>Perfusi Serebral Meningkat</b> dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Label: Perfusi Serebral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat kesadaran meningkat (5)</li> <li>✓ Gelisah menurun (5)</li> <li>✓ Tekanan arteri rata-rata membaik (5)</li> <li>✓ Tekanan intra kranial membaik (5)</li> <li>✓ Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>✓ Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ul>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial :</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifikasi penyebab peningkatan TIK ( misalnya lesi, gangguan metabolisme , edema serebral )</li> <li>✓ Monitor tanda / gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>✓ Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>✓ Monitor status pernapasan</li> <li>✓ Berikan posisi semifowler</li> <li>✓ Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ul>	

			<p><b>Intervensi Utama:</b></p> <p><b>Pemantauan Tekanan Intrakranial</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebraltekan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi, intracranial idiopatik)</li><li>✓ Monitor peningkatan TD</li><li>✓ Monitor irregularitas irama napas</li><li>✓ Monitor penurunan tingkat kesadaran</li><li>✓ Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li></ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Pertahankan sterilitas system pemantauan</li><li>✓ Atur interval pemantauan sesuai keadaan pasien</li><li>✓ Dokumentasikan hasil pemantauan</li></ul> <p><b>Edukasi</b></p>	
--	--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan prosedur dan tujuan pemantauan</li><li>2. Informasikan hasil pemantauan jika perlu.</li></ol> <p><b>Intervensi Inovasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Head Up 30 derajat</li></ol>	
--	--	--	--	--

## E. PELAKSANAAN

No.	Tgl/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1.	18/04/21 08.00 WITA	Memonitor TTV, SaO <sub>2</sub>	<p>DS :</p> <p>Pasien hanya mengerang dan gelisah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah pasien tampak pucat dan gelisah</li> <li>- Pasien tampak sesak</li> <li>- Pasien tampak sulit bernapas</li> <li>- Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan</li> <li>- Pasien terpasang sungkup oksigen 7 liter/menit</li> <li>- KU : lemah</li> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan</li> </ul> <p>GCS: 9 (E:2 V:2 M:5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- SaO<sub>2</sub>: 90%</li> <li>- Hasil TTV :</li> </ul> <p>TD :110/70mmHg, N :86x/menit, S :36°C, RR :27x/menit</p>	
2.	08.05 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi O<sub>2</sub> sesuai indikasi</li> <li>- Memonitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>- Memonitor efektifitas pemberian O<sub>2</sub> (Saturasi Oksigen)</li> </ul>	<p>DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi.</p> <p>DO : Pasien terpasang Sungkup O<sub>2</sub> dengan 7 lpm, saturasi meningkat 95%.</p>	



3.	08.06 WITA	- Memberikan Posisi Head Up 30 derajat.	DS : - DO : tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK	
4.	08.25 WITA	- Mengobservasi tanda tanda peningkatan tekanan intra kranial	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO: Tidak ada muntah projektil, tidak ada tanda tanda peningkatan TIK.	
5.	09.30 WITA	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor ukuran, bentuk dan reaktifitas pupil	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : TD: 110/70, N:92x/menit, Pola napas reguler (lambat) RR:24x/menit, kesadaran: Delirium, muntah (-), pasien gelisah MAP= 83 mmHg Pupil isokor Pasien belum menunjukkan adanya peningkatan kesadaran	
6.	09.40 WITA	- Memonitor kesadaran dan mengukur GCS	DS : - DO : GCS 9 : (E2 V2 M5) Tingkat Kesadaran pasien delirium	
7.	10.00 WITA	- Memonitor status pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola napas dan adanya produksi sputum) - Memonitor bunyi napas - Memonitor Saturasi Oksigen	DS : Keluarga mengatakan px masih terlihat sesak. DO : Pasien tampak sesak, pola napas abnormal (takipnea) dengan frekuensi 24x/menit, Pasien terpasang bedside monitor	
8.	10.20 WITA	- Memonitor tingkat kesadaran, batuk dan muntah	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Tingkat kesadaran somenolen tampak tidak ada peningkatan kesadaran GCS: E3 V2 M5 (10) Mual(-), Muntah (-)	

9.	11.00 WITA	- Memonitor TTV dan SaO <sub>2</sub>	DS : - DO : Hasil TTV : TD:120/70mmHg N:92x/menit S:36°c RR:23x/menit SaO <sub>2</sub> : 98% Pasien terpasang infus Nacl 20tpm pada tangan kiri dan infus netes lancar Pasien terpasang bedside monitor	
----	---------------	---	--	--

## F. EVALUASI

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	18/04/2021	<p><b>Diagnosa Keperawatan : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</b></p> <p><b>Subjective :</b> Keluarga mengatakan pasien masih belum sadar, gelisah dan hanya mengerang</p> <p><b>Objective :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak berbaring dengan posisi head up 30<sup>0</sup></li><li>- Wajah pasien tampak pucat dan gelisah</li><li>- Keadaan umum: tampak lemah</li><li>- Pasien dengan tingkat kesadaran Somnolen GCS: 10 (E:3 V:2 M:5)</li><li>- CRT &lt; 2detik</li><li>- TD:120/70mmHg, N:90x/menit, S:36°C. RR:23x/menit, SaO<sub>2</sub> : 98%</li><li>- MAP: 83 mmHg</li></ul> <p><b>Assesment :</b> Risiko Perfusi Serebral belum meningkat</p> <p><b>Planning :</b> Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor tingkat kesadaran</li><li>- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li><li>- Monitor MAP (Men Arterial Pressure)</li><li>- Berikan posisi head up 30<sup>0</sup></li><li>- Monitor TTV dan SaO<sub>2</sub></li><li>- Monitor status pernapasan</li><li>- Berikan posisi yang nyaman (semi-Fowler atau Fowler)</li><li>- Observasi bedside monitor secara berkelanjutan</li></ul>	

## RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : <input checked="" type="checkbox"/> Foto Rontgen : <u>MSCT Scan</u> <input checked="" type="checkbox"/> Laboratorium: <u>1</u> lembar <input checked="" type="checkbox"/> EKG : <u>   </u> 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 <u>      </u> / <u>      </u> / <u>      </u>
Pulang paksa		<input type="checkbox"/> KIE <input type="checkbox"/> Tanda tangan pulang paksa
Meninggal		Dinyatakan meninggal pukul <u>      </u> . <u>      </u> WITA
Minggat		Dinyatakan minggat pukul <u>      </u> . <u>      </u> WITA
Nama dan tanda tangan perawat pengkaji		
(I Gusti Bagus Komang Alit Wardana)		



**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. M  
DENGAN CIDERA KEPALA SEDANG (CKS) + EDH + SAH +  
EDEMA CEREBRI DI IGD RSUP SANGLAH DENPASAR  
PADA TANGGAL 12 MEI 2021**



**OLEH:**

**IGUSTI BAGUS KOMANG ALIT WARDANA**

**NIM. P07120320052**

**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](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)



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

Nama Mahasiswa : I Gusti Bagus Komang Alit Wardana

NIM : P07120320052

**A. PENGKAJIAN**

Identitas Pasien

Nama : Tn. M

Umur : 42 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Pegawai swasta

Agama : Hindu

Tanggal Masuk RS : 12 Mei 2021, pukul 08.00 WITA

Alasan Masuk : Pasien mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan lalu lintas

Diagnosa Medis : CKS + EDH + SAH + Edema Serebri

**Initial survey:**

A (alertness) :

V (verbal) : ✓

P (pain) :

U (unrespons) :

Warna triase

: P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

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

1. Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran	: Somnolen (E3V2M5)
Pernafasan	: Spontan
Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: Tidak ada (clear)
Bunyi nafas	: Vesikuler
Hembusan nafas	: Ada

**BREATHING**

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan	: Takipnea
Frekwensi Pernafasan	: 25x/menit
Retraksi Otot bantu nafas	: Ada
Kelainan dinding thoraks	: Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris
Bunyi nafas	: Vesikuler
Hembusan nafas	: Dangkal

**CIRCULATION**

1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran	: Somnolen (E3V2M5)
Perdarahan (internal/eksternal)	: Ada pada kepala bagian belakang
Kapilari Refill	: < 2 detik
Tekanan darah	: 110/60 mmHg
Nadi radial/carotis	: 88x/menit
Akral perifer	: Hangat



## **DISABILITY**

### 1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : (E3V2M5)	10
Reflex fisiologis	: Terganggu
Reflex patologis	: Tidak ada
Kekuatan otot	: 3333 3333 3333 3333

## **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 dengan keluhan penurunan kesadaran setelah mengalami kecelakaan lalu lintas sepeda motor tanggal 12 Mei 2021. Pasien dikatakan mengendarai sepeda motor dan bertabrakan dengan pengendara motor lainnya. Setelah kejadian pasien dikatakan sempat muntah – muntah namun tidak ada yang tahu jelas kejadian dan keluhan yang dialami pasien. Saat ini kontak tidak adekuat dan pasien sempat mengalami kejang. Keluhan sesak, demam, batuk sebelumnya disangkal. Riwayat penggunaan alkohol tidak jelas. TD : 110/60 mmHg, S : 36<sup>0</sup>C , RR : 25x/menit. Diagnosa medis saat ini CKS.

#### c. RKK

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

### 2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien datang dengan keluhan penurunan kesadaran setelah mengalami kecelakaan lalu lintas sepeda motor tanggal 12 Mei 2021. Pasien dikatakan mengendarai sepeda motor dan bertabrakan dengan pengendara motor lainnya. Setelah kejadian pasien dikatakan sempat muntah – muntah namun tidak ada yang tahu jelas kejadian dan keluhan yang dialami pasien. Saat ini kontak tidak adekuat. Keluhan sesak, demam, batuk sebelumnya

disangkal. Riwayat penggunaan alkohol tidak jelas. TD : 110/60 mmHg, S : 36<sup>0</sup>C , RR : 25x/menit. Diagnosa medis saat ini CKS.

### 3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kepala : Cephal hematoma
  - 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 lembab, 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 +/-
  - 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		
NE%	84.70	47-80
LY%	9.10	13-40
MO%	5.90	2.0 -11.0
EO%	0.10	0.0 – 5.0
BA%	0.20	0.0 – 2.0
NE#	16.25	2.50 – 7.50
LY #	1.75	1.00 – 4.00
MO#	1.14	0.10 – 1.20
EO#	0.01	0.00 – 0.50
BA#	0.04	0.0 – 0.1
RBC	3.92	4.5 – 5.9
HGB	11.70	13.5 – 17.5
HCT	35.20	41.0 – 53.0
MCV	89.80	80.0 – 100.0
MCH	29.80	26.0 – 34.0

MCHC	33.20	31 - 36
RDW	11.40	11.6 – 14.8
PLT	306.00	150 - 440
MPV	9.70	6.80 – 10.0
NLR	9.31	<=3.13
PPT	14.2	10.8 – 14.4
INR	1.00	0.9 – 1.1
APTT	27.1	24 - 36
AST/SGOT	27.4	5 - 34
ALT/SGPT	25.20	11.00 – 50.00
Glukosa Darah (Sewaktu)	171	70-140
BUN	9.10	8.00 – 23.00
Kreatinin	0.80	0.72 – 1.25
e-LFG	107.13	>=90
Kalium (K) - Serum	3.43	3.50 – 5.10
Natrium (Na) - Serum	134	136 - 145
Klorida (Cl) - Serum	103.8	94 - 110

## 5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Pemeriksaan MSCT Scan kepala irisan axial, reformat sagital dan koronal, tanpa kontras :  
Tampak lesi hiperdens berdensitas darah berbentuk bikonveks pada regiotemporal kanan, dengan ketebalan maksimal +/-19 cm.

Tampak lesi hiperdens berdensitas darah yang mengisi fisura interhemispher, fisura sylvii kanan kiri, tentorium cerebelli kanan kiri, dan sulcus-sulcus pada regiofrontoparietotemporooccipital kanan kiri

Tampak lesi hipodens multiple berdensitas udara berbentuk bulat di dalam fossa cranialis media kanan

Sulci dan gyri merapat

Sistem ventrikel dan cisterna menyempit

Tak tampak deviasi midline struktur

Tak tampak klasifikasi abnormal

Pons dan cerebellum tak tampak kelainan

Orbita dan mastoid kanan kiri tak tampak kelainan

Tampak perselubungan berdensitas darah pada sinus maksilaris kanan, ethmoidalis dan sphenoidalis kanan kiri

Tampak hypopneumatisasi sinus frontalis bilateral

Sinus maksilaris kiri tidak tampak kelainan

Tampak fraktur pada zygomatic body dan arch kanan, dinding lateral orbita kanan, lamina papyracea kanan, dinding anterior-medial-lateroposterior sinus maksilaris kanan, greater wing os sphenoid kanan, os frontal kanan, squamous part os temporal

Tampak SCALP hematome pada regio frontoparietotemporooccipital kanan kiri

Tampak hematome pada palpebra superior kanan

Tampak soft tissue swelling pada regio orbita hingga maksila kanan

Kesan :

Epi Dural Haemorrhage pada regio temporal kanan

Sub Aracnoid Haemorrhage pada fisura interhemispher, fisura sylvii kanan kiri, tentorium cerebelli kanan kiri, dan sulcus-sulcus pada regio frontoparietotemporooccipital kanan kiri

Pneumocephalus di dalam fossa cranialis media kanan

Edema cerebri

Haematosinus maksilaris kanan, ethmoidalis dan sphenoidalis kanan kiri

Hypopneumatisasi sinus frontalis bilateral

Fraktur pada zygomatic body dan arch kanan, dinding lateral orbita kanan, lamina papyracea kanan, dinding anterior-medial-lateroposterior sinus maksilaris, greater wing os sphenoid kanan, os frontal kanan, squamous part os temporal

SCALP hematome pada regio frontoparietotemporooccipital kanan kiri

Hematome pada palpebra superior kanan

Soft tissue swelling pada regio orbita hingga maksila kanan

## 6. TERAPI DOKTER

- a. IVFD RL 20 tpm
- b. Drip KCL 50 moq dalam NaCL 0.9% 500 cc 20 tpm
- c. Paracetamol 500 mg IO
- d. Ranitidine 1 ampul
- e. Fenitoin 1 cc
- f. Sungkup Oksigen 6 lpm

## B. ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien hanya mengerang</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Wajah pasien tampak pucat dan gelisah</li> <li>- Keadaan umum: lemah</li> <li>- Tingkat kesadaran: Somnolen</li> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS: 10 (E:3 V:2 M:5)</li> <li>- CRT &lt; 2detik</li> <li>- SaO<sub>2</sub>: 88%</li> <li>- RR :25x/menit</li> </ul>	<p>Kecelakaan, jatuh, benturan pada cranium</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Akselerasi, deselerasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cedera kepala</p> <p>Dampak tekanan kuat</p> <p>Trauma tertutup</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Rusaknya lapisan jaringan otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perdarahan menekan otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan aliran darah, penurunan O<sub>2</sub></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b></p>	<p><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b></p>

## C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

**i. RENCANA KEPERAWATAN**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan cedera kepala	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam maka <b>Perfusi Serebral Meningkat</b> dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Label: Perfusi Serebral</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat (5)</li> <li>2. Gelisah menurun (5)</li> <li>3. Tekanan arteri rata-rata membaik (5)</li> <li>4. Tekanan intra kranial membaik (5)</li> <li>5. Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>6. Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama:</b></p> <p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>2. Pertahankan suhu tubuh optimal</li> </ol> <p><b>Intervensi Utama:</b></p> <p><b>Pemantauan Tekanan Intrakranial</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema</li> </ol>

			<p>serebraltekan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi, intracranial idiopatik)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Monitor peningkatan TD</li><li>3. Monitor irregularitas irama napas</li><li>4. Monitor penurunan tingkat kesadaran</li><li>5. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li></ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pertahankan sterilitas system pemantauan</li><li>2. Atur interval pemantauan sesuai keadaan pasien</li><li>3. Dokumentasikan hasil pemantauan</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan prosedur dan tujuan pemantauan</li><li>2. Informasikan hasil pemantauan jika perlu.</li></ol>
--	--	--	--



			<p><b>Intervensi Pendukung:</b></p> <p><b>Manajemen Kejang</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor terjadinya kejang berulang</li><li>2. Monitor TTV</li></ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Baringkan pasien agar tidak terjatuh</li><li>2. Pertahankan kepatenan jalan napas</li><li>3. Longgarkan pakaian terutama bagian leher</li><li>4. Dokumentasikan kejang</li><li>5. Pasang akses IV</li><li>6. Berikan oksigen bila perlu</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun kedalam mulut pasien saat kejang</li><li>2. Anjurkan pasien tidak melakukan kekerasan saat kejang</li></ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kolaborasi pemberian anti konvulsan bila perlu.</li></ol> <p><b>Intervensi Inovasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Head Up 30 derajat.</li></ol>
--	--	--	--

**ii. PELAKSANAAN**

No.	Tgl/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1.	12/05/21 08.00 WITA	<p>Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).</p> <p>Memonitor TTV</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien hanya mengerang</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah pasien tampak pucat dan gelisah</li> <li>- Pasien tampak sesak</li> <li>- Pasien tampak sulit bernapas</li> <li>- Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan</li> <li>- Pasien terpasang sungkup oksigen 6 liter/menit</li> <li>- Keadaan umum: lemah</li> <li>- Tingkat kesadaran: Somnolen</li> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan</li> </ul> <p>GCS: 10 (E:3 V:2 M:5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- SaO<sub>2</sub>: 88%</li> <li>- Hasil TTV :</li> </ul> <p>TD :110/60mmHg, N :88x/menit, S :36°c, RR :25x/menit</p>	
2.	08.05 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi O<sub>2</sub> sesuai indikasi</li> <li>- Memonitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>- Memonitor efektifitas pemberian O<sub>2</sub> (Saturasi Oksigen)</li> </ul>	<p>DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi.</p> <p>DO : Pasien terpasang Sungkup O<sub>2</sub> dengan 6 lpm, saturasi meningkat 96%.</p>	

3.	08.06 WITA	- Memberikan Posisi Head Up 30 derajat.	DS : - DO : tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK	
5.	08.25 WITA	- Mengobservasi tanda tanda peningkatan tekanan intra kranial	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO: Tidak ada muntah projektil, tidak ada tanda tanda peningkatan TIK, tidak ada kejang.	
8.	09.30 WITA	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor ukuran, bentuk dan reaktifitas pupil	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : TD: 110/60, N:90x/menit, Pola napas reguler (lambat) RR:23x/menit, kesadaran: delirium, muntah-, pasien gelisah MAP= 76 mmHg Pupil isokor Pasien belum menunjukkan adanya peningkatan kesadaran	
9.	09.40 WITA	- Memonitor kesadaran dan mengukur GCS	DS : - DO : GCS : (E3V2M5) Tingkat Kesadaran pasien Somnolen	
10.	10.00 WITA	- Memonitor status pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola napas). - Memonitor bunyi napas - Memonitor Saturasi Oksigen	DS : Keluarga mengatakan pasien masih terlihat sesak. DO : Pasien tampak sesak, pola napas abnormal (takipnea) dengan frekuensi 24x/menit, terdapat cairan pada mulut pasien, pasien terpasang bedside monitor SaO2 : 96%	
11.	10.20 WITA	- Memonitor tingkat kesadaran, batuk, dan muntah	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Tingkat kesadaran meningkat dengan hasil GCS 12 Apatis. Mual (-), Muntah (-). (GCS: E3V2M6 (10).	

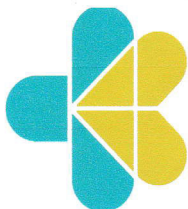
12.	11.00 WITA	- Memonitor TTV dan SaO <sub>2</sub>	DS : - DO : Hasil TTV : TD:120/60mmHg N:90x/menit S:36,5°c RR:20x/menit SaO <sub>2</sub> : 98% Pasien terpasang infus Nacl 20tpm pada tangan kiri dan infus netes lancar Pasien terpasang bedside monitor	
-----	---------------	--------------------------------------	---	--

### iii. EVALUASI

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	12 Mei 2021 / 12.00 WITA	<p><b>Diagnosa Keperawatan : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</b></p> <p><b>Subjective :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien masih belum sadar dan gelisah.</li> <li>- Pasien hanya mengerang</li> </ul> <p><b>Objective :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mengalami peningkatan kesadaran dengan hasil GCS 12 yaitu tingkat kesadaran Apatis.</li> <li>- Pasien tampak berbaring dengan posisi head up 30<sup>0</sup></li> <li>- Wajah pasien tampak pucat dan gelisah</li> <li>- Keadaan umum: lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran Apatis dengan GCS: 12 (E:4 V:3 M:5)</li> <li>- CRT &lt; 2detik</li> <li>- TD:120/60mmHg, N:90x/menit, S:36,5<sup>o</sup>c. RR:20x/menit</li> <li>- SaO<sub>2</sub>: 98%</li> <li>- MAP: 80 mmHg</li> </ul> <p><b>Assesment :</b></p> <p>Risiko Perfusi Serebral belum meningkat</p> <p><b>Planning :</b></p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tingkat kesadaran</li> <li>b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>c. Monitor MAP (Men Arterial Pressure)</li> <li>d. Berikan posisi head up 30<sup>0</sup></li> <li>e. Monitor TTV dan SaO<sub>2</sub></li> <li>f. Monitor status pernapasan</li> <li>g. Observasi bedside monitor secara berkelanjutan</li> </ol>	

## RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : <input type="checkbox"/> Foto Rontgen :1 lembar <input type="checkbox"/> Laboratorium: lembar <input type="checkbox"/> EKG : - <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
<p>Nama dan tanda tangan perawat pengkaji</p>   <p>(I Gusti Bagus Komang Alit Wardana)</p>		



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

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



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

Nama Mahasiswa : I Gusti Bagus Komang Alit Waralana  
NIM : P07120320052

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	2/6/2024		Ns. Ida Erni Sipayaktor, S.Kep.-1 M.Kep
2	Perpustakaan	2/6-21		Devo Nyoman Triwijaya
3	Laboratorium	2/6-21		Ni Luh Ed Ari Fresna Dewi
4	HMJ	2/6-21		DEWA MADE AEDI KELSWA MURTI
5	Keuangan			Ali Wiy Partian
6	Administrasi umum/perlengkapan	2/6-21		Ida Ayu Lebit Alit

**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** P07120320052  
**Nama Mahasiswa** I Gusti Bagus Komang Alit Wardana  
**Info Akademik** Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners  
 Semester : 3

[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 isi BAB I	20 Mei 2021	✓
2	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan revisi BAB I dan Bimbingan BAB II	24 Mei 2021	✓
3	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan BAB III	26 Mei 2021	✓
4	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan BAB IV	7 Jun 2021	✓
5	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan revisi BAB IV dan Bimbingan BAB V	8 Jun 2021	✓
6	195910151986032001 - Ns. I GUSTI AYU ARI RASDINI, S.Pd., S.Kep., M.Pd.	Bimbingan revisi BAB V dan Bimbingan laporan KIAN lengkap	9 Jun 2021	✓
7	196906211994032002 - NLP.Yunianti SC.,S.Kep.,Ns.,M.Pd	Bimbingan penulisan BAB I	20 Mei 2021	✓
8	196906211994032002 - NLP.Yunianti SC.,S.Kep.,Ns.,M.Pd	Bimbingan revisian penulisan BAB I dan bimbingan penulisan BAB II	24 Mei 2021	✓
9	196906211994032002 - NLP.Yunianti SC.,S.Kep.,Ns.,M.Pd	Bimbingan revisian BAB III	26 Mei 2021	✓
10	196906211994032002 - NLP.Yunianti SC.,S.Kep.,Ns.,M.Pd	Bimbingan penulisan BAB IV	7 Jun 2021	✓
11	196906211994032002 - NLP.Yunianti SC.,S.Kep.,Ns.,M.Pd	Bimbingan revisi penulisan BAB IV dan Bimbingan penulisan BAB V	8 Jun 2021	✓
12	196906211994032002 - NLP.Yunianti SC.,S.Kep.,Ns.,M.Pd	Bimbingan revisi penulisan BAB V dan bimbingan laporan KIAN lengkap	9 Jun 2021	✓



## SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : I Gusti Bagus Komang Alit Wardana  
NIM : P07120320052  
Program Studi : Profesi Ners  
Jurusan : Keperawatan  
Tahun Akademik : 2020/2021  
Alamat : Jalan Hasanudin, Dajat Peken, Tabanan.  
Nomor HP/Email : 081547549350 / bagusalit967@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif pada Pasien cedera kepala sedang di Ruang IGD RSUP Sanglah Denpasar

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, 17 Juni 2021

Yang menyatakan,



I Gusti Bagus Komang Alit Wardana  
P07120320052