



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN SYOK
HIPOVOLEMİK DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT*
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

LELY CAROLIN LATULOLA (NS2114901080)

LINA MALAIHOLLO (NS2114901081)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN SYOK
HIPOVOLEMİK DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT*
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

LELY CAROLIN LATULOLA (NS2114901080)

LINA MALAIHOLLO (NS2114901081)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Lely Carolin Latulola (NS2114901080))
2. Lina Malaihollo (NS2141901081)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 06 juli 2022
yang menyatakan,

Lely Carolin Latulola

Lina Malaihollo

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan syok hipovolemik di Ruang *Intensif Cari Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Lely Carolin Latulola / NS2114901080
2. Lina Malaiholo / NS2114901081

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2

(Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,Sp.Kep.MB) (Matilda M.Paseno.,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0913098201 NIDN: 0925107502

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**

**Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,Sp.Kep.MB
NIDN: 0913098201**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Lely Carolin Latulola (NIM: NS2114901080)
2. Lina Malaihollo (NIM: NS2114901081)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan syok hipovolemik di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1: Fransiska Anita.E.R.S,Ns.,Sp.Kep.MB ()

Pembimbing 2: Matilda M.Paseno.,Ns.,M.Kes ()

Penguji 1 : Rosdewi, S.Kp., MSN ()

Penguji 2 : Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : Rabu, 6 juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Lely Carolin Latulola (NS2114901080)

Lina Malaihollo (NS2114901081)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 2022

Yang menyatakan

Lely Carolin Latulola

Lina Malaihollo

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan pertolongannya, sehingga penulis mi dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Syok Hipovolemik di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

Selama penyusunan karya ilmiah akhir ini penulis mendapatkan banyak bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

- a. Siprianus Abdu, S.Si,Ns.,M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
- b. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB. selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja sama dan selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dan masukan selama penyusunan karya ilmiah akhir di STIK Stella Maris Makassar.
- c. Matilda Matha Paseno, Ns.,M.Kes. selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, keuangan, Sarana dan Prasarana dan selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan arahan dan masukan selama penyusunan karya ilmiah akhir di STIK Stella Maris Makassar.
- d. Elmiana Bongga Linggi, Ns.M.Kes. selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.
- e. Mery sambo, Ns.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners.
- f. Asrijal Barkri, Ns.,M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat
- g. Mery Solon, Ns.,M.Kes. selaku Ketua Unit Penjamin mutu
- h. Sr. Anita Sampe, SJMJ.,Ns.,MAN Selaku Ketua Senat Akademik

- i. Rosdewi, S.Kp.,MSN selaku Penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini
- j. Yuliana Tola"ba, Ns.,M.Kep selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini
- k. Kepada seluruh staf dosen, pengajar dan pegawai di STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama kami menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
- l. Kepada Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang telah menerima dan mengizinkan kami untuk melakukan praktik klinik sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
- m. Kepada orang tua dari Lely Carolin Latulola yaitu Arcilaus Latulola (Ayah) dan Novalin Latulola (ibu), dan Patner saya Lina malaihollo yaitu Rudolf Benjamin Malaihollo (ayah) dan Selfana Heronia Malaihollo (ibu) serta sanak saudara penulis yang selalu memberikan semangat, doa serta dukungan baik moril maupun materi.
- n. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa profesi Ners angkatan 2021 STIK Stella Maris Makassar serta sahabat-sahabat yang tidak berhenti untuk memberikan dukungan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata, kami menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan. Oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar kami dapat melakukan penelitian.

Makassar, 06 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar.....	xi
Halaman Daftar Lampiran.....	xii
Halaman Daftar Tabel.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Manfaat bagi instansi RS.....	4
2. Manfaat bagi Profesi keperawatan.....	4
3. Manfaat bagi institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan.	5
1. studi kepustakaan.....	5
2. studi kasus.....	6
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian.....	8
2. Anatomi dan Fisiologi	7
3. Etiologi.....	12
4. Patofisiologi.....	13
5. klasifikasi.....	14
6. manifestasi klinis.....	15
7. tes diagnostic.....	16

8. penatalaksanaan.....	17
9. komplikasi.....	18
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	19
1. Pengkajian.....	20
2. Diagnosis Keperawatan	21
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	22
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning).....	29
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	30
B. Pengkajian.....	31
C. Diagnosis Keperawatan.....	60
D. Perencanaan Keperawatan	61
E. Implementasi Keperawatan	69
F. Evaluasi Keperawatan	92
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	96
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing.....	112
BAB V KESIMPULAN	
A. Simpulan	118
B. Saran.....	120
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Dan Fisiologi.....	8
---------------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : SOP *Passive Legs Raising* (PLR)

Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 3 : Lembar Konsul

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel Luaran Dan Perencanaan Keperawatan.....	24
Tabel 3.1	Tabel Analisa Data Primer.....	58
Tabel 3.2	Tabel Analisa Data Sekunder.....	59
Tabel 3.3	Tabel Intervensi Keperawatan Primer.....	61
Tabel 3.4	Tabel Intervensi Keperawatan Sekunder	66
Tabel 3.5	Tabel Implementasi Keperawatan	69
Tabel 3.4	Tabel Evaluasi Keperawatan.....	92

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Setiap Rumah Sakit harus memiliki standar pelayanan yang benar dalam memberikan pelayanan Kesehatan. standar pelayanan diantaranya jam buka pelayanan gawat darurat harus 24 jam, waktu tanggap pelayanan darurat kurang dari 5 menit terlayani setelah pasien datang, karena pasien yang masuk ke Rumah Sakit tentunya membutuhkan pertolongan yang tepat dan cepat. Salah satunya tindakan gawat darurat dalam menangani pasien syok hipovolemik.

Syok hipovolemik sampai saat ini merupakan salah satu penyebab kematian di negara-negara dengan mobilitas penduduk yang tinggi. Syok hipovolemik terjadi pada pasien non trauma dan trauma (Rahayu, 2018). Syok hipovolemik merupakan tipe syok dengan etiologi tersering adalah dehidrasi akibat diare dan perdarahan (Taghavi and Askari, 2019). Menurut data dari *World Health Organization* syok hipovolemik akibat diare dengan jumlah korban 1,5 juta jiwa masih menempati urutan ke 7 dari sepuluh penyebab kematian di dunia dan disusul perdarahan dan trauma yang menempati urutan ke 9 dari sepuluh penyebab kematian di dunia dengan jumlah korban 1,3 juta orang.

Prevalensi hipovolemik di dunia berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) hipovolemik merupakan urutan yang ke-3 penyebab kematian di dunia yang diperkirakan 3-4 milyar dalam setahunnya akibat diare atau gastroenteritis sedangkan akibat perdarahan dan trauma akibat kecelakaan lalu lintas diperkirakan 1,3 juta orang menempati urutan ke 9 dari sepuluh penyebab kematian di dunia, Sebagian besar penderita meninggal karena tidak mendapat penanganan pada waktu yang tepat (Andriati & Trisutrisno, 2021). Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Riskesdas, (2018), angka syok hipovolemik pada balita di Indonesia mencapai 11%, jauh meningkat dibanding tahun 2013 sebanyak 2,4%. Di Indonesia dari 358.814 kasus dengan hipovolemia sebanyak 50.993 kasus mengalami dehidrasi akibat diare dan muntah (Dewi & Rahayu, 2019). Syok hipovolemik akibat perdarahan sebanyak 38.882 (9,2%) kasus. Di Provinsi Sulawesi Selatan mengalami peningkatan pada bulan Januari 2019 untuk penderita syok hipovolemik akibat diare dan muntah berjumlah 3.564 (32,2 %) sedangkan akibat trauma dan perdarahan sebanyak 2.237 kasus.

Penanganan yang diberikan pada pasien dengan syok hipovolemik adalah dengan pemberian resusitasi cairan Larutan Ringer Laktat, koloid, atau natrium klorida 0,9% (saline normal) diberikan untuk mengembalikan volume intravaskuler dengan jenis dan jumlah yang tepat dan cepat diharapkan dapat meningkatkan status sirkulasi, dikarenakan terapi cairan dapat meningkatkan aliran pembuluh darah dan meningkatkan *cardiac output* yang merupakan bagian terpenting dalam penanganan syok. (Saputra et al., 2021).

Salah satu penanganan bagi pasien syok hipovolemik adalah memberikan manuver *passive leg raising*. Pemberian *Passive Legs Raising (PLR)* memanfaatkan gaya gravitasi dengan meninggikan ekstremitas bawah setinggi 30-45 derajat selama 5 menit yang dimana akan menyebabkan aliran darah vena yang ada pada ekstremitas bawah akan naik ke bagian sentral tubuh yaitu aktivasi jantung yang dapat terjadi peningkatan tekanan darah (Rahmawati et al., 2021).

Berdasarkan data diatas didapatkan syok merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi yang diakibatkan karena kekurangan cairan dan terjadi perdarahan, hal ini merupakan masalah terutama pada dunia keperawatan yang perlu diperhatikan pada tim Kesehatan, khususnya pada pasien yang mengalami kekurangan cairan maupun perdarahan akibat proses pembedahan

yang menyebabkan pasien mengalami syok hipovolemik. Oleh karena itu harus ditangani dengan serius, cepat dan tepat sehingga dapat mengurangi peningkatan kematian akibat syok hipovolemik. Berdasarkan data tersebut penulis tertarik untuk membuat Karya Ilmiah Akhir Ners dengan mengangkat judul “Asuhan keperawatan dengan diagnosa syok hipovolemik di ruang *Intensive care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*”

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan syok hipovolemik di ruang *Intensive Care* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada Pasien dengan Syok hipovolemik di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan Pada Pasien dengan Syok hipovolemik di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Syok hipovolemik di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan Pada Pasien dengan Syok hipovolemik di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar
- e. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien Syok hipovolemik di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar pemberian posisi *Passive Leg Raising*.

- f. Melaksanakan evaluasi keperawatan Pada Pasien dengan Syok Hipovolemik di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

C. Manfaat penulisan

1. Bagi Instansi RS

Sebagai bahan penerapan kepada perawat instansi unit care untuk melakukan pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami syok hipovolemik di ruang *Intensive Unit Care*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan di bidang keperawatan, khususnya keperawatan kritis dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami syok hipovolemik di ruang *Intensive Unit Care*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber tambahan referensi mengenai penerapan penanganan kepada pasien syok hipovolemik di ruang *Intensive Unit Care*, sehingga menambah pengetahuan, wawasan untuk dosen guna meningkatkan kualitas bahan pengajaran di Institusi Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode dekriptif dalam bentuk study kasus:

1. Study kepustakaan

Melalui literatur – literatur yang berkaitan atau relevan dengan isi karya tulis ini, baik buku maupun jurnal

2. Studi kasus

Dalam studi kasus ini, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, Analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi .

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data:

a. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab langsung kepada keluarga pasien serta berbagai pihak lainnya yang terkait dengan perawatan pasien

b. Observasi

Melihat secara langsung kondisi dan keadaan pasien serta memeriksa dan Tindakan yang dilakukan kepada pasien

c. Diskusi

Dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan seperti: pembimbing institusi, pembimbing klinik di ruang perawatan, dan perawat di ruang perawatan, serta teman-teman mahasiswa.

d. Dokumentasi

Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes Diagnostik.

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang dimulai dari BAB I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II tinjauan pustaka di uraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, klasifikasi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan, komplikasi dan pathflow diagram. Sedangkan konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan SDKI, menyusun luaran dengan

menggunakan SLKI, dan perencanaan keperawatan SIKI. BAB III pengamatan kasus diawali dengan ilustrasi kasus, pengkajian kasus, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi evaluasi. BAB IV pembahasan kasus meliputi kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan di lahan praktik dan pembahasan EBN pada tindakan keperawatan. BAB V yang merupakan dari akhir karya tulis yang terdiri dari simpulan dan saran yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat, dan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

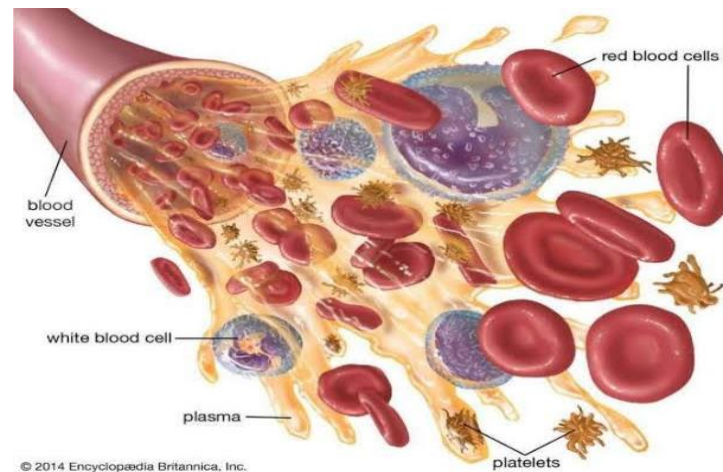
Syok hipovolemik merupakan kondisi medis atau bedah dimanah terjadi kehilangan cairan dengan cepat yang berakhir pada kegagalan multiorgan. Syok hipovolemik juga dapat terbagi berdasarkan penyebabnya, yaitu karena adanya perdarahan yang disebut juga syok hemoragic dan karena adanya kehilangan cairan tubuh atau non hemoragi (Hidayatulloh et al., 2016).

Syok hipovolemik mengacu pada suatu kondisi dimanah darah, plasma, atau kehilangan cairan yang menyebabkan penurunan sirkulasi darah dan kardiak output. Hal ini menyebabkan kegagalan multiorgan karena perfusi jaringan yang tidak adekuat (Munro, 2015).

Syok hipovolemik adalah hilangnya volume dapat menurunkan preload yang menyebabkan penurunan curah jantung, tekanan darah serta gangguan perfusi jaringan (Saputra et al., 2021).

Berdasarkan definisi dari beberapa ahli diatas dapat disimpulkan bahwa syok hipovolemik adalah suatu kondisi di mana terjadi kehilangan darah atau cairan tubuh yang menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung, tekanan darah serta perfusi jaringan yang dapat menyebabkan kegagalan multiorgan.

2. Anatomi dan Fisiologi darah



Gambar 2.1 (Wahyuni, 2018)

a. Plasma darah

Plasma darah merupakan komponen cairan yang mengandung berbagai nutrisi maupun substansi penting lainnya yang diperlukan oleh tubuh manusia, antara lain protein albumin, globulin, faktor-faktor pembekuan darah, dan berbagai macam elektrolit, hormon, dan sebagainya. Plasma darah berfungsi sebagai sistem penyangga tubuh atau sistem bufer yang penting untuk mempertahankan keadaanasam basa, melalui kandungan elektrolit yang terkandung di dalamnya, antara lain ion hidrogen dan bikarbonat, fungsi utama plasma sebagai perantara untuk menyalurkan makanan, mineral, lemak, glukosa, dan asam amino keseluruhan jaringan tubuh. Plasma juga berfungsi sebagai perantara untuk mengangkut zat-zat yang dibuang seperti, urea, asam urat, dan lain-lain (Fatimah et al., 2019)

b. Eritrosit (Sel darah merah)

Sel darah merah adalah sel yang berwarna merah dan yang berukuran kecil, cekung pada kedua sisinya sehingga jika dilihat dari samping tampak seperti dua buah bulan sabit yang saling bertolak belakang, setiap mililiter kubik darah terdapat

5.000.000 sel darah merah. Sel-sel darah yang paling banyak adalah sel-sel darah merah atau eritrosit dengan persentase sekitar 99,9% dari seluruh elemen padat darah. Dalam darah, jumlah eritrosit sekitar 700 kali lebih banyak dibandingkan sel-sel darah putih (leukosit) dan 17 kali lebih banyak dari keping darah (trombosit) (Fatimah et al., 2019).

Eritrosit yang normal berbentuk cakram atau piringan yang di bagian tengah kedua sisinya mencekung (bikonkaf), dengan diameter sekitar 7,5 μ m. Bentuk bikonkaf memberikan keuntungan yaitu menjadikan eritrosit memiliki permukaan yang lebih luas bagi difusi oksigen, dibandingkan dengan bentuk bulat datar dengan ukuran yang sama, dan membuat pergerakan gas ke dalam dan ke luar sel berlangsung lebih cepat. Selain itu eritrosit juga bersifat fleksibel sehingga memungkinkan eritrosit berjalan melalui kapiler yang sempit dan berkelok-kelok untuk menyampaikan oksigen ke jaringan tanpa mengalami kerusakan. Diameter eritrosit dalam keadaan normal 7,5 – 8 μ m mampu mengalami deformasi pada saat melalui kapiler yang bahkan berdiameter 3 μ m. Eritrosit tidak memiliki inti atau organel yang lain. Sepertiga isi eritrosit adalah hemoglobin (pigmen merah). Kandungan hemoglobin dalam eritrosit inilah yang menjadikan darah berwarna merah. Dalam satu eritrosit mengandung sekitar 280 juta molekul hemoglobin. Isi sel darah merah lainnya termasuk lipid, adenosin triposfat (ATP), dan enzim karbonat anhidrase (Saadah, 2018).

Eritrosit memiliki dua fungsi utama, yaitu mengangkut oksigen dari paru-paru dan mengedarkannya ke jaringan yang lain. Eritrosit juga mengangkut karbon dioksida dari jaringan untuk dibawa ke paru-paru. Pengangkutan gas dalam eritrosit dilakukan oleh hemoglobin (Fatimah et al., 2019).

c. Sel darah putih (Leukosit)

Sel darah putih (leukosit) berbeda dari eritrosit dalam hal struktur, jumlah maupun fungsinya. Ukuran leukosit lebih besar dibandingkan eritrosit dan memiliki inti. Leukosit tidak memiliki hemoglobin sehingga tidak berwarna. Jumlah leukosit tidak sebanyak eritrosit, berkisar 5 – 10 juta per milimeter darah atau rata-rata 7 juta sel/milimeter darah yang dinyatakan dengan 7000 /mm³. Leukosit merupakan sel darah yang paling sedikit jumlahnya sekitar 1 sel leukosit untuk setiap 700 eritrosit. Terdapat lima tipe leukosit, yaitu granulosit (neutrofil, eosinofil, basofil) yang sifatnya polimorfonuklear (memiliki inti lebih dari satu lobus) dan granulosit (monosit, limfosit) yang memiliki hanya satu lobus pada intinya (mononuklear). Leukosit diproduksi dalam sumsum tulang merah, dan produksi setiap tipe leukosit diatur oleh protein yang disebut colony-stimulating faktor (CSF). Granulosit dan monosit dihasilkan hanya di sumsum tulang, sedangkan limfosit juga dihasilkan di jaringan limfoid (jaringan yang mengandung limfosit seperti kelenjar limfa dan tonsil). Banyak leukosit hanya hidup beberapa hari, kemungkinan mati karena bertempur melawan patogen. Leukosit lainnya dapat hidup selama berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun. Tidak seperti eritrosit, leukosit hanya beredar dalam waktu singkat dalam pembuluh darah sepanjang hidupnya. Leukosit bermigrasi melalui jaringan ikat dan jaringan padat tubuh, menggunakan aliran darah untuk berpindah dari satu organ ke organ lainnya dan untuk menuju ke tempat yang mengalami infeksi atau cedera. Ketika leukosit beredar di sepanjang kapiler, leukosit dapat mendeteksi tanda kimia adanya kerusakan di sekitar jaringan. Jika masalah terdeteksi, leukosit meninggalkan aliran darah dan memasuki area yang mengalami kerusakan (Siswanto, 2017).

Leukosit memiliki fungsi menahan invasi oleh patogen melalui proses fagositosis; mengidentifikasi dan menghancurkan sel kanker yang muncul di dalam tubuh; Membersihkan sampah tubuh yang berasal dari sel yang mati atau cedera (Saadah, 2018).

d. Keping darah (Trombosit)

Trombosit bukan merupakan sel utuh tapi merupakan potongan keping sel yang terlepas dari tepi sel luar suatu sel besar (diameter 60 μm) di sumsum tulang yang disebut megakariosit. trombosit terdiri dari sejumlah kecil sitoplasma yang dikelilingi oleh membran plasma. Trombosit berbentuk cakram dan rata-rata diameter sekitar 3 μm . Permukaan trombosit memiliki gliko protein dan protein yang memungkinkan trombosit untuk menempel pada molekul lain, seperti kolagen dalam jaringan ikat. Dalam setiap mililiter darah pada keadaan normal terdapat sekitar 250.000 trombosit (kisaran 150.000 – 350.000/ mm^3). Trombosit tidak mempunyai inti, namun terdapat organel dan enzim sitosol untuk menghasilkan energi dan mensintesis produk sekretorik yang disimpan dalam granula. Trombosit mengandung aktin dan miosin dalam konsentrasi tinggi sehingga trombosit dapat berkontraksi (Fatimah et al., 2019).

Trombosit memainkan peran penting dalam mencegah kehilangan darah dengan cara:

- 1) membentuk keping/butiran, yang menutup lubang kecil di pembuluh darah
- 2) merangsang dibentuknya konstruksi bekuan yang membantu menutup luka besar di pembuluh darah. Setiap kali pembuluh darah yang rusak, beberapa proses homeostasis diimplementasikan untuk mencegah kehilangan darah yang berlebihan. Penghentian perdarahan

disebut hemostasis dan melibatkan tiga proses terpisah namun saling terkait. Ketiga proses itu adalah penyempitan pembuluh darah, pembentukan sumbat trombosit, dan pembentukan bekuan darah (Saadah, 2018).

3. Etiologi

Menurut roeneveld, (2015) penyebab dari Syok Hipovolemik:

1. Kehilangan darah akibat perdarahan
2. Kehilangan plasma, misalnya pada luka bakar
3. Kehilangan cairan akibat muntah dan diare yang berkepanjangan

Penyebab syok hipovolemik, antara lain, Kehilangan banyak darah secara tiba-tiba seperti adanya luka tusuk atau luka terbuka dikepala dan leher, kecelakaan parah yang menyebabkan perdarahan di organ dalam perut seperti ginjal, limpa, dan hati, patah tulang di sekitar pinggul, gangguan pencernaan seperti tukak lambung dan obstruksi usus. Kehilangan banyak cairan secara tiba-tiba seperti dehidrasi, diare dan muntah-muntah (Hardisman, 2015).

4. Patofisiologi

Syok hipovolemik merupakan suatu kondisi terjadi ketika penurunan volume intravaskuler secara signifikan (Timby & Smith 2015). Hal ini diakibatkan karena perdarahan atau kehilangan cairan secara berlebihan salah satunya saat kondisi dehidrasi berat. Ketika tubuh kehilangan banyak darah atau cairan, akan mempengaruhi pengembalian darah dari vena ke jantung (Hardisman, 2015). Pengaruh tersebut berupa terjadi penurunan volume darah yang di bawa oleh vena menuju jantung ketika darah yang di bawa oleh vena mempunyai kapasitas atau volume yang sedikit, pengisian ventrikel pun akan menjadi sedikit sehingga, akan terjadi penurunan stroke volume (sv) dan mempengaruhi penurunan kardiak output.

Pada kondisi syok hipovolemik, terjadi ketidakadekuatan volume darah yang bersirkulasi ke jaringan sehingga tubuh akan berusaha menyesuaikan segala perubahan yang terjadi dengan melakukan mekanisme kompensasi (Black & Hawks, 2016). Tanpa adanya mekanisme kompensasi maka tubuh akan kehilangan volume vaskuler yang sangat cepat dan hal ini akan mengakibatkan syok irreversible (Fitria, 2010). Mekanisme kompensasi dibagi menjadi dua yaitu, untuk mempertahankan fungsi jantung dan mempertahankan volume darah.

Pada mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung, dipengaruhi oleh saraf simpatik dimana saraf tersebut memiliki respon yang sangat cepat apabila terjadi penurunan perfusi (Porth & Grossman, 2017). Jantung akan menjadi takikardia akibat respon dari saraf simpatik selain itu, akan terjadi fase konstiksi pembuluh darah supaya meningkatkan aliran balik dari vena ke jantung. Jantung dan lever akan teraktivasi stimulasi rasa haus agar klien mempunyai keinginan untuk memasukkan cairan ke tubuhnya. Hati akan melakukan mekanisme kompensasi dengan fase konstiksi agar meningkatkan tekanan darah dari vena menuju ke jantung (Porth & Grossman, 2017). Selain itu, akan teraktivasi pula kelenjar pituitari untuk menstimulasi pelepasan ADH ke ginjal sehingga, terjadi penurunan urine output (Bastian, 2019).

Ginjal juga akan mengaktifkan Renin-Angiotensin-Aldosteron sistem (RAAs) untuk meningkatkan tekanan darah serta volume darah. Aktivasi RAAs diawali dari terjadinya penurunan perfusi pada ginjal sehingga ginjal akan mengeluarkan renin yang menjadi angiotensin satu dengan mengeluarkan enzim angiotensinogen (Tarigan, 2021). Selanjutnya, angiotensin satu akan berubah menjadi angiotensin dua dengan bantuan ACE dari paru paru. Angiotensin dua berperan sebagai vasokonstriktor yang mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah. Selain itu, akan

terjadi pelepasan aldosteron oleh korteks adrenal yang berfungsi untuk retensi natrium dan air sehingga volume darah akan meningkat dan urine output juga dapat menurun (Tarigan, 2021).

Manifestasi klinis yang muncul pada pasien dengan syok dapat tergantung pada tingkat keparahan yang terjadi. Namun pada orang dewasa, terkadang tidak terlihat manifestasi klinisnya apabila klien kehilangan darah kurang dari 500ml (White, Duncan & Baumle, 2018). Menurut (Timby & Smith, 2015) manifestasi klinis dari syok hipovolemik tidak akan terlihat terkecuali tubuh telah kehilangan darah sekitar 15% atau lebih dari 30% (750ml atau lebih dari 1000ml) manifestasi yang muncul juga berkaitan dengan berbagai mekanisme kompensasi yang terjadi. Pada awalnya, manifestasi klinis yang muncul adalah takikardia dan penurunan tekanan darah hingga kurang dari 90/40 mmHg. Selain itu, pasien akan terlihat cemas, gelisah, akral dingin, pengisian kapiler juga tertunda, output kurang dari 10ml/jam, serta terjadi peningkatan pada laju pernapasan (Bastian, 2019)..

5. Klasifikasi syok Hipovolemik

Menurut Saputra (2021), klasifikasi syok hipovolemia ditentukan berdasar stadium yaitu:

- a. Derajat-I adalah syok hipovolemik yang terjadi pada kehilangan darah hingga maksimal 15% (<750ml) dari total volume darah. Pada stadium ini tubuh mengkompensasi dengan dengan vasokonstriksi perifer sehingga terjadi penurunan refiling kapiler. Pada saat ini pasien juga menjadi sedikit cemas atau gelisah, namun tekanan darah dan tekanan nadi rata-rata, frekuensi nadi dan nafas masih dalam keadaan normal.
- b. Derajat-II adalah jika terjadi perdarahan sekitar 15-30% (750-1500). Pada stadium ini vasokonstriksi arteri tidak lagi mampu mengkompensasi fungsi kardiosirkulasi, sehingga terjadi

takikardia, penurunan tekanan darah terutama sistolik dan tekanan nadi, refiling kapiler yang melambat, peningkatan frekuensi nafas dan pasien menjadi lebih cemas.

- c. Derajat-III bila terjadi perdarahan sebanyak 30-40% (1500-200ml). Gejala-gejala yang muncul pada stadium-II menjadi semakin berat. Frekuensi nadi terus meningkat hingga diatas 120 kali permenit, peningkatan frekuensi nafas hingga diatas 30 kali permenit, tekanan nadi dan tekanan darah sistolik sangat menurun, refiling kapiler yang sangat lambat.
- d. Derajat-IV adalah syok hipovolemik pada kehilangan darah lebih dari 40% (>200ml). Pada saat ini takikardia lebih dari 140 kali per menit dengan pengisian lemah sampai tidak teraba, dengan gejala-gejala klinis pada stadium-III akan memburuk. Kehilangan volume sirkulasi lebih dari 40% menyebabkan terjadinya hipotensi berat, tekanan nadi semakin kecil dan disertai dengan penurunan kesadaran atau letargik.

6. Manifestasi Klinis

Menurut Pardede (2017), manifestasi syok hipovolemik yaitu:

- a. Kulit memucat dan dingin karena pembuluh darah kulit tertutup.
- b. Denyut nadi cepat karena jantung berusaha mempertahankan peredaran darah
- c. Denyut nadi lemah karena jantung tidak dapat memompa dengan kuat.
- d. Pusing dan lemah karena darah ke otak dan otot berkurang.
- e. Oliguri-anuria: produksi urinee umumnya akan berkurang pada syok hipovolemik. Oliguri pada orang dewasa terjadi jika jumlah urin kurang dari 30ml/jam.

- f. Hipotensi karena tekanan darah adalah produk resistensi pembuluh darah sistemik dan curah jantung, vasokonstriksi perifer adalah faktor yang esensial dalam mempertahankan tekanan darah. Autoregulasi aliran darah otak dapat dipertahankan selama tekanan arteri turun tidak di bawah 70 mmHg.

7. Tes Diagnostik

- a. Pemeriksaan Laboratorium awal yang sebaiknya dilakukan antara lain: Analisis complete *blood count* (CBC), kadar elektrolit (Na, K, Cl, HCO₃, BUN, kreatinin, kadar glukosa), PT, APTT, AGD, urinalisis (pada pasien yang mengalami trauma), dan tes kehamilan. Darah sebaiknya ditentukan tipenya dan dilakukan pencocokan (Pardede et al., 2017).
- b. Pemeriksaan penunjang lainnya:
 - 1) Langkah diagnosis pasien dengan trauma, dan tanda serta gejala hipovolemik langsung dapat ditemukan kehilangan darah pada sumber perdarahan.
 - a) Pasien trauma dengan syok hipovolemik membutuhkan pemeriksaan ultrasonografi di unit gawat darurat. Jika dicurigai terjadi aneurisme aorta abdominalis. Jika dicurigai terjadi perdarahan gastrointestinal, sebaiknya dipasang selang Naso gastrik, dan Gastric Lavage harus dilakukan. Foto polos dada posisi tegak dilakukan jika dicurigai ulkus perforasi atau sindrom boerhaase. Endoskopi dapat dilakukan (biasanya setelah pasien tertangani) untuk selanjutnya mencari sumber perdarahan.
 - b) Tes kehamilan sebaiknya dilakukan pada semua pasien perempuan usia subur. Jika pasien hamil dan sementara mengalami syok, konsultasi bedah dan ultrasonografi pelvis harus segera dilakukan pada pelayanan Kesehatan

- c) Jika dicurigai terjadi direksi dada karena mekanisme dan penemuan dari foto polos dada awal, dapat dilakukan Transesovagial Ecocardiografi, Aortografi atau CT-Scan dada.
- d) Jika dicurigai terjadi cedera abdomen, dapat dilakukan pemeriksaan VAST (focused abdominal sonografi For trauma) yang bisa dilakukan pada pasien yang stabil atau tidak stabil (Junaedi et al., 2016).

8. Penatalaksanaan

Tujuan penanganan media adalah untuk mengembalikan volume intravaskuler, mendistribusikan kembali volume cairan, dan mengatasi penyebab utama syok. Jika pasien mengalami hemoragi, perdarah dihentikan dengan cara penekanan atau operasi. Diare dan muntah diatasi dengan obat-obatan (Saputra et al., 2021).

a. Farmakologi

1) Penggantian cairan tubuh

- a) Kateter tekan vena sentral dimasukkan dalam atau dekat atrium kanan untuk bertindak sebagai petunjuk penggantian cairan. Pembacaan tekanan vena sentral kontinu (CVP) memberi petunjuk dan derajat perubahan dari pembacaan data dasar; kateter juga sebagai alat untuk penggantian volume cairan darurat.
- b) Sedikitnya ada dua jalur IV yang terpasang pada pasien untuk memberikan cairan, obat, dan/atau darah.
- c) Larutan Ringer Laktat, koloid, atau natrium klorida 0,9% (saline normal) diberikan untuk mengembalikan volume intravaskuler.
- d) Produk darah digunakan hanya jika tidak ada alternative lain atau perdarahan banyak dan cepat.

2) Redistribusi Cairan

Mengatur posisi pasien dengan tepat akan membantu upaya redistribusi cairan modifikasi. Posisi Trendelenburg dan dimodifikasi menjadi posisi PLR direkomendasikan pada kasus syok hipovolemik. Meninggikan tungkai akan mendorong pengembalian darah vena (Rahmawati et al., 2021).

3) Terapi Farmakologis

Jika cairan yang diberikan tidak berhasil mengatasi syok hipovolemik, medikasi vasoaktif dapat diberikan untuk mencegah gagal jantung. Medikasi juga diberikan untuk mengatasi penyebab dehidrasi. Berikan obat khusus yang telah diresepkan (misalnya inotropik seperti dopamine) untuk meningkatkan kerja kardiovaskuler.

b. Non Farmakologi

- 1) Pantau ketat pasien yang berisiko tinggi kekurangan cairan (kurang dari 1 tahun atau lebih dari 65 tahun).
- 2) Bantu penggantian cairan sebelum volume intravaskuler menipis
- 3) Pastikan keamanan dalam pemberian cairan dan medikasi, serta dokumentasikan efek samping yang muncul
- 4) Pantau dan laporkan dengan segera jika ada tanda komplikasi dan efek samping medikasi. Pantau pasien dengan ketat untuk adanya melihat efek yang merugikan.
- 5) Pantau kelebihan beban kardiovaskular, tanda kesulitan bernapas, edema paru: tekanan hemodinamik, tanda-tanda vital, gas darah arteri, kadar laktat serum, kadar hemoglobin dan hematokrit, serta asupan dan haluaran cairan.
- 6) Kurangi ketakutan dan kecemasan pasien terkait perlunya masker oksigen dengan memberikan penjelasan kepada pasien. (Tafwid, 2018).

9. Komplikasi

Menurut Danusanto, (2016) komplikasi syok hipovolemik yaitu:

- a. Kegagalan Multi organ akibat penurunan aliran darah dan hypoxia jaringan yang berkepanjangan
- b. Sindrom distress pernapasan dewasa akibat destruksi pertemuan alveoluskapiler karena hipoksia.
- c. DIC (Koagulasi intravaskuler disseminate) akibat hipoksia dan kematian jaringan yang luas sehingga terjadi pengaktifan berlebihan jenjang koagulasi.
- d. Hipoksia serebral
- e. Gagal ginjal akut

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian kritis (B1-B6) menurut Salma, (2021):

a. *Breath* (B1)

Pada pengkajian biasanya didapatkan bentuk dada simetris, pernapasan cepat dan dangkal, tidak terdapat suara tambahan dan saturasi oksigen <90%

b. *Blood* (B2)

Irama jantung reguler, edema pada perifer, akral teraba dingin, takikardia, nadi teraba lemah dan hipotensi

c. *Brain* (B3)

Pasien dengan syok hipovolemik biasanya terjadi penurunan tingkat kesadaran, didapatkan sianosis perifer, reaksi pupil isokor kiri dan kanan 3 cm, meningeal sign tidak ada.

d. *Bladder* (B4)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Pada saat dikaji, oliguria dan biasanya dilakukan pemasangan kateter untuk menilai output urine dan urine berwarna kuning pekat.

e. *Bowel* (B5)

konstipasi, terdapat distensi abdomen, Mukosa bibir, tampak mukosa bibir kering, CRT Kembali >3 detik, dan dilakukan pemasangan NGT untuk pemberian obat dan makanan.

f. *Bone* (B6)

Kelemahan dan kelelahan fisik dapat menyebabkan ketergantungan pasien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hasil yang didapatkan pada pasien syok hipovolemik yaitu: turgor kulit menurun, tidak terdapat perdarahan kulit, akral teraba dingin, tampak perifer pucat, pasien tidak mengalami fraktur atau dislokasi.

2. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon) menurut Salma, (2021)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Data Subjektif :

Kaji adanya Riwayat penyakit gastritis dan Riwayat hipotensi

2) Data Objektif :

Hipotensi disebabkan karena kekurangan volume cairan.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Data Subjektif :

Dapat terjadi penurunan nafsu makan, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah.

2) Data Objektif :

Penurunan kesadaran, pasien Kesulitan menelan atau sementara puasa.

c. Pola eliminasi

1) Data Subjektif :

Perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urine, anuria atau perubahan BAB seperti konstipasi

- 2) Data Objektif :
Distensi kandung kemih, distensi abdomen dan bising usus menurun (<5kali per menit)
- d. Pola aktivitas dan latihan
 - 1) Data Subjektif :
Pasien dalam efek sedasi atau pasien koma, penurunan kesadaran sehingga aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat
 - 2) Data Objektif :
Terjadi kelemahan umum, gangguan kesadaran dan gangguan penglihatan.
- e. Pola tidur dan istirahat
 - 1) Data Subjektif :
Pasien dalam keadaan penurunan kesadaran
 - 2) Data Objektif :
Pasien terbaring lemah dan tertidur dikarenakan dalam pengontrolan obat sedasi
- f. Pola persepsi sensori dan kognitif
 - 1) Data Subjektif :
Biasanya sebelum pasien sakit pendengaran dan penglihatan pasien baik atau mengalami penurunan fungsi, penggunaan alat bantu seperti kaca mata alat alat pendengaran
 - 2) Data Objektif :
Status mental dan tingkat kesadaran biasanya terjadi koma
- g. Pola persepsi dan konsep diri
 - 1) Data Subjektif :
Perasaan putus asa
 - 2) Data Objektif
Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

- h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
 - 1) Data Subjektif :
Keharmonisan hubungan antara pasien dan keluarga pasien serta lingkungannya
 - 2) Data Objektif :
Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata).
 - i. Pola reproduksi dan seksualitas
 - 1) Data Subjektif :
Tidak ada gairah seksual
 - 2) Data Objektif :
Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual
 - j. Pola mekanisme dan toleransi terhadap stres
 - 1) Data Subjektif :
Perasaan tidak berdaya dan putus asa.
 - 2) Data Objektif :
Emosi yang lebih dan kesiapan untuk marah, gembira, sedih, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
 - k. Pola sistem nilai kepercayaan
Ketidakmampuan untuk menjalankan ibadah saat sakit
3. Diagnosa keperawatan Hardisman, (2015)
- a. Hypovolemia
 - b. Penurunan curang jantung
 - c. Gangguan pertukaran gas
 - d. Perfusi perifer tidak efektif
 - e. Risiko perfusi renal tidak efektif

Luaran dan perencanaan keperawatan PPNI, (2016)

Tabel 2.1

SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. (D.0023)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan Status cairan membaik (L.03028) 1. Kekuatan nadi cukup meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Output urine meningkat 4. Tekanan darah cukup membaik 5. Frekuensi nadi cukup membaik 6. Membran mukosa cukup membaik	Manajemen syok hypovolemic I.02050 Observasi	
		Monitor status cardiopulmonology (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP)	Mengetahui perubahan status cardiopulmonology
		Monitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT)	Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah terjadinya syok hipovolemik, MAP mengindikasikan penurunan curah jantung
		Periksa tingkat kesadaran respon pupil	Mengkaji adanya kecenderungan pada tingkat kesadaran
		Monitor status oksigenasi (AGD, nadi)	Untuk mengetahui adanya terjadi gangguan pertukaran gas atau tidak
		Terapeutik	
		Pertahankan jalan napas paten	Posisi <i>trendeleburg</i> dapat melancarkan tekanan darah ke otak
		Berikan posisi syok (Trendelenburg)	
		Pasang jalur IV (14 atau 16)	Untuk memberikan cairan ke dalam tubuh, mencegah syok hipovolemik, dan sebagai jalur masuknya obat-obatan

		Pasang kateter urine untuk menilai produksi urin	Produksi urine yang tidak seimbang menandakan adanya masalah pada ginjal
		Pasang nasogastric untuk dekompresi lambung	Untuk mengurangi gejala ileus, mengurangi kembung.
		Ambil darah untuk memeriksa darah lengkap dan elektrolit	Untuk mendeteksi gangguan Kesehatan berkaitan dengan darah secara lengkap
		Kolaborasi	
		Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa	Mencegah kekurangan cairan dan memperbaiki keseimbangan asam basah
		Kolaborasi transfusi darah, jika perlu	Mengganti darah yang hilang akibat proses penyakit
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0008)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat L.02011 1. Nadi perifer meningkat 2. Takikardia menurun 3. Oliguria menurun 4. Tekanan darah membaik CRT membaik	Perawatan jantung akut (I.02075) Observasi	
		Monitor saturasi oksigen	untuk mengukur persentase oksigen dalam darah
		Identifikasi karakteristik nyeri dada	Untuk mengetahui faktor pemicu, kualitas nyeri dan skala nyeri dada
		Monitor tekanan darah	Keadaan tubuh normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik atau tekanan darah dalam batas normal

		Monitor intake output cairan	Monitor intake output untuk mengetahui adanya retensi cairan.
		Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia	Untuk mengetahui terjadinya gangguan pada irama jantung atau tidak
		Terapeutik	
		Posisikan pasien semi fowler atau fowler kaki ke bawah	Posisi semi fowler membuat diafragma tidak terdorong oleh isi abdomen sehingga ekspansi paru meningkat
		Kolaborasi	
		Kolaborasi pemberian inotropik, jika perlu	Obat-obat golongan inotropik dapat meningkatkan tekanan darah.
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbang ventilasi-perfusi (D0003)	Setelah dilakukan intervensi diharapkan ventilasi spontan meningkat dengan (L.01007) 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Takikardi membaik 3. Pola pasien membaik	Pemantauan respirasi (I.01014) Observasi	
		Monitor frekuensi, irama, kedalaman upaya napas	frekuensi dan irama pernafasan dapat menentukan pasien sesak atau tidak
		Monitor pola napas	Untuk mengetahui adanya Dispnea atau apnea
		Monitor saturasi oksigen	Untuk mengukur persentase oksigen dalam darah
		Monitor AGD	Mengetahui adanya asidosis atau alkalosis

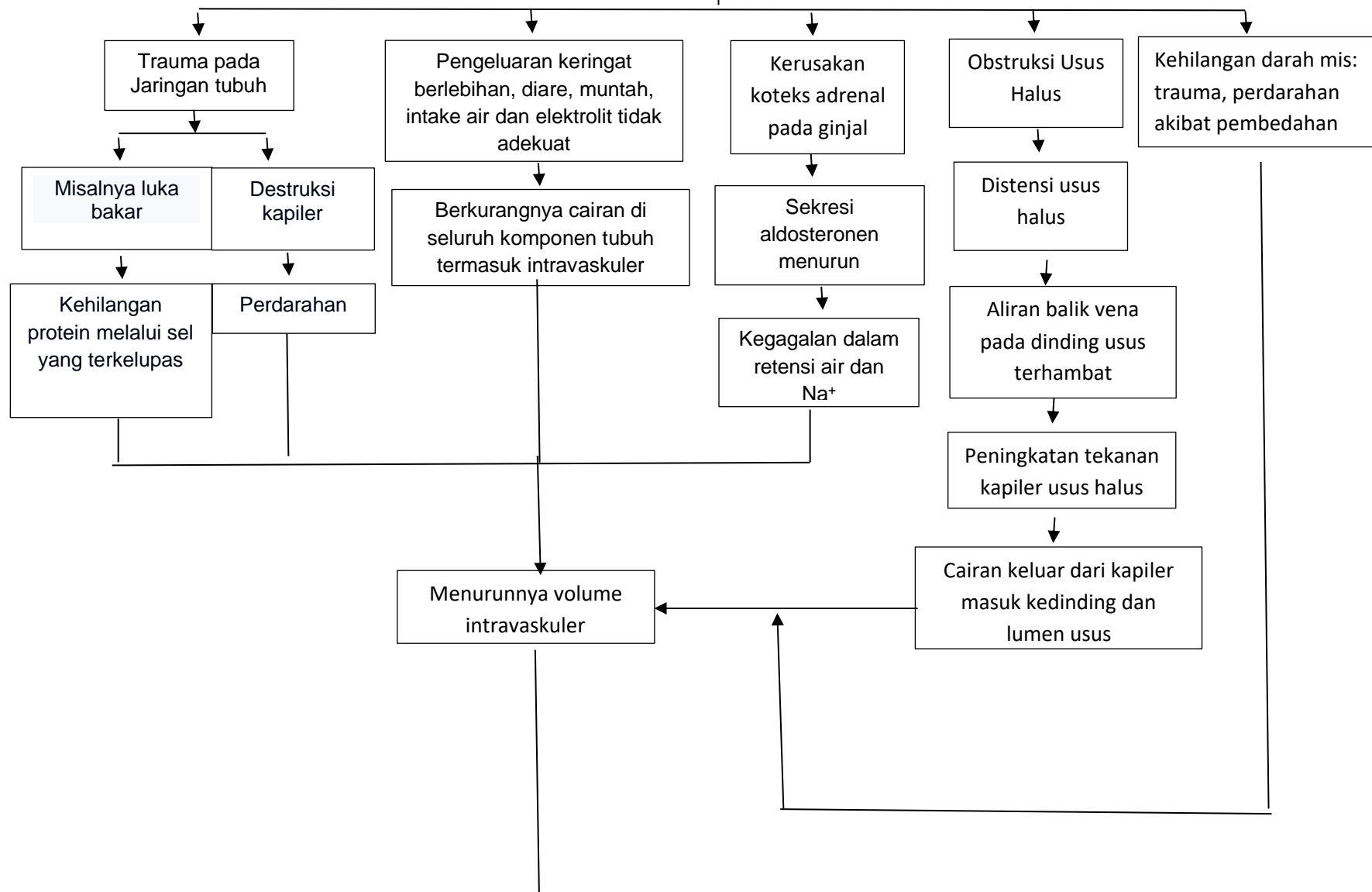
		Terapeutik	
		Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien	Pemantauan oksigenasi harus dilakukan secara berkala agar tidak membahayakan bagi pasien
		Dokumentasi hasil pemantauan	Pentingnya dokumentasi hasil pemantauan untuk dibandingkan dengan pemantauan sebelumnya dan dijadikan acuan evaluasi
		Edukasi	
		Informasikan hasil pemantauan	Untuk memberikan informasi tentang keadaan pasien
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan (D.009)	Setelah dilakukan intervensi diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat: 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Takikardia menurun 3. CRT membaik 4. Pengisian kapiler meningkat	Perawatan sirkulasi (I.14569) Observasi	
		Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu)	Pulsasi yang lemah dapat Tak kardia menimbulkan penurunan kardiak output dan menunjukkan adanya keparahan penyakit
		Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas	Mengetahui adanya gangguan atau masalah yang terjadi pada bagian ekstremitas tubuh
		Terapeutik	Terapeutik
		Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer	Mencegah terjadinya inflamasi pada area keterbatasan perifer
		Hindari pengukuran tekanan pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	Menghindari nyeri pada pasien

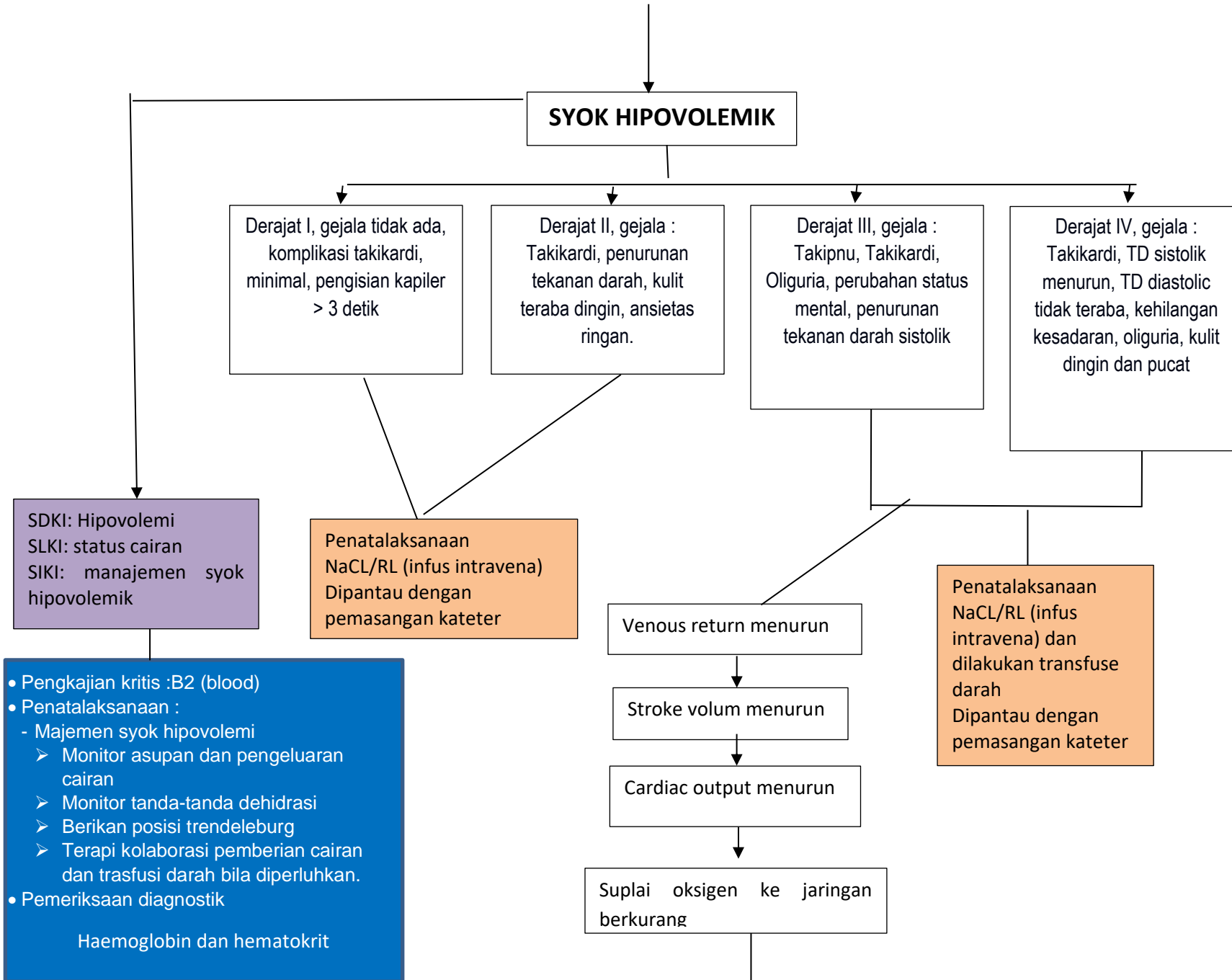
		Lakukan hidrasi	Memantau kelebihan cairan dalam tubuh
		Edukasi	
		Anjurkan menggunakan obat penurun anti koagulan	Anti koagulan dapat mencegah terjadinya penggumpalan darah
Risiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan. (D0016)	Setelah dilakukan intervensi diharapkan perfusi renal meningkat (L.02013) 1. jumlah urine meningkat 2. Distensi abdomen menurun 3. Tekanan darah sistolik membaik 4. Tekanan darah diastolik membaik 5. Keseimbangan asam basah membaik 6. Bising usus membaik	Perfusi Renal (L.02013)	Pencegahan syok (I.14545)
		Observasi	
		Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP)	Mengetahui perubahan status kardiopulmonal
		Monitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT)	Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah terjadinya syok hipovolemik, MAP mengindikasikan penurunan curah jantung.
		Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil	Mengkaji adanya kecenderungan tingkat kesadaran
		Terapeutik	
		<i>Pasang jalur IV</i>	<i>Untuk memberikan cairan kedalam tubuh, mencegah syok hipovolemik, dan sebagai jalur masuknya obat-obatan</i>

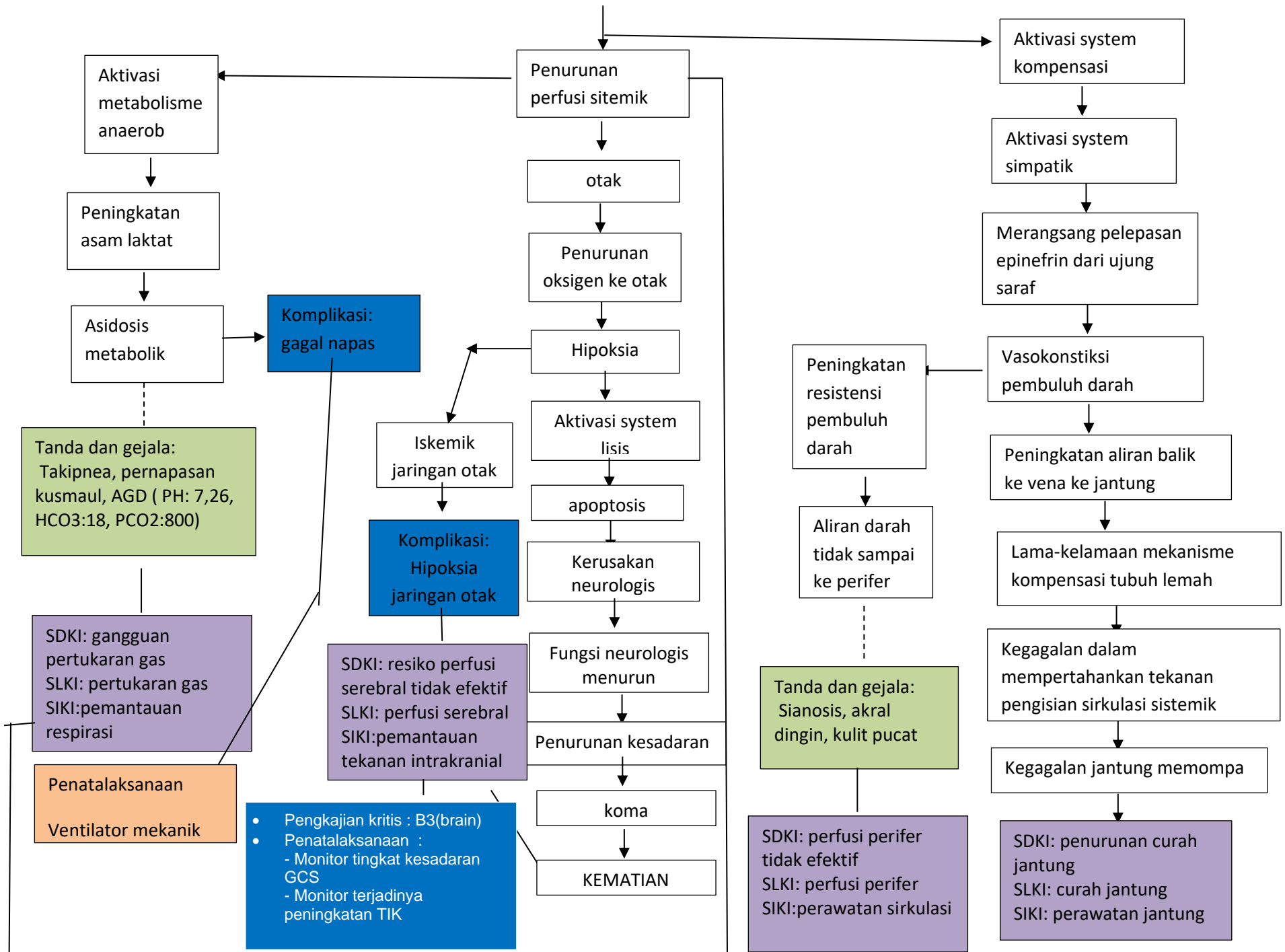
		<i>Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine</i>	<i>Produksi urine yang tidak seimbang menandakan adanya masalah pada ginjal</i>
		<i>Kolaborasi</i>	
		<i>Kolaborasi pemberian infus</i>	<i>Mencegah kekurangan cairan dan memperbaiki keseimbangan asam basah</i>
		<i>Kolaborasi transfusi darah, jika perlu</i>	<i>Mengganti darah yang hilang akibat proses penyakit</i>

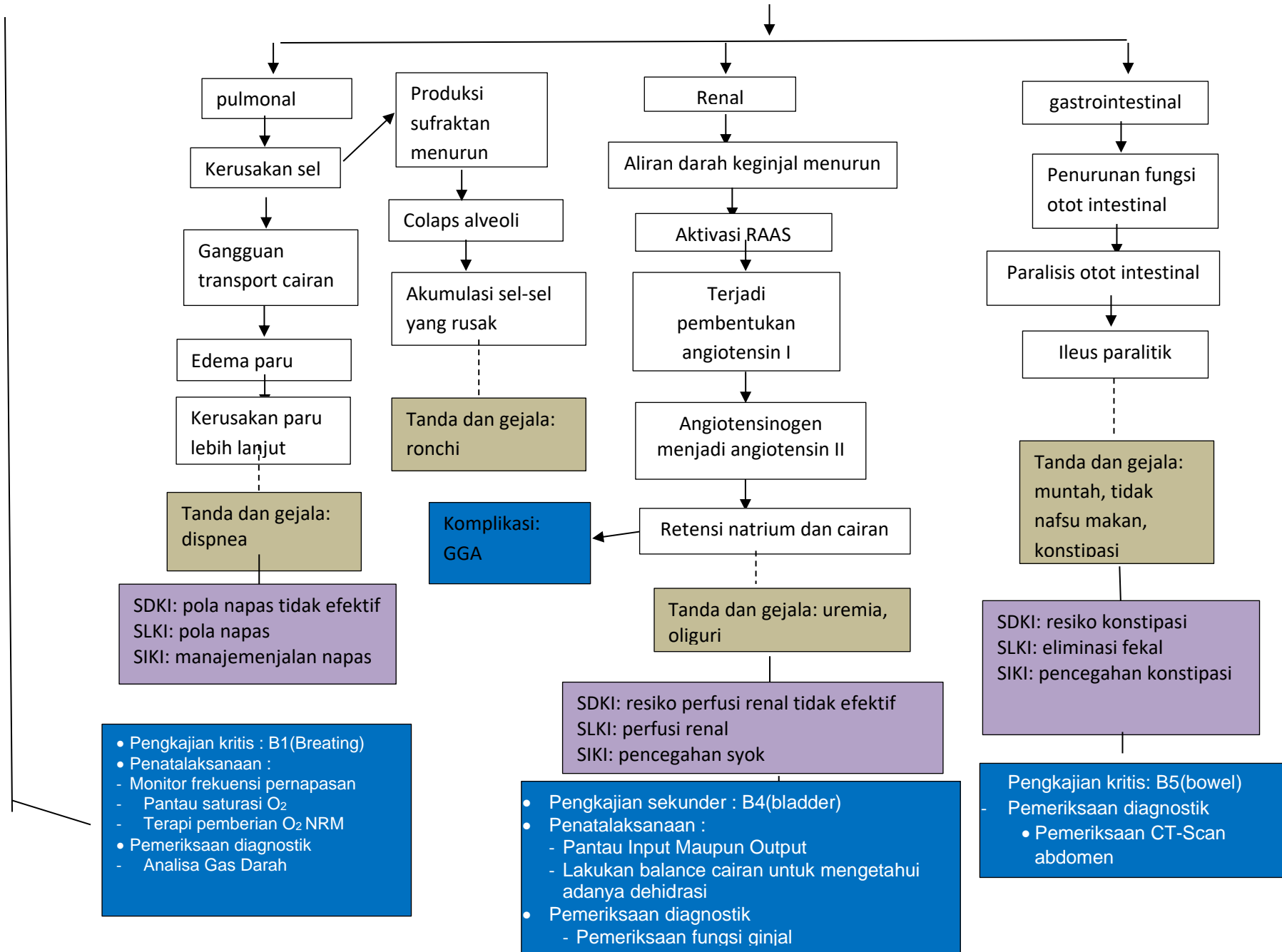
PATHWAY SYOK HIPOVOLEMIK

ETIOLOGI









- Pengkajian kritis : B1(Breathing)
- Penatalaksanaan :
 - Monitor frekuensi pernapasan
 - Pantau saturasi O₂
 - Terapi pemberian O₂ NRM
- Pemeriksaan diagnostik
 - Analisa Gas Darah

- Pengkajian sekunder : B4(bladder)
- Penatalaksanaan :
 - Pantau Input maupun Output
 - Lakukan balance cairan untuk mengetahui adanya dehidrasi
- Pemeriksaan diagnostik
 - Pemeriksaan fungsi ginjal

- Pengkajian kritis: B5(bowel)
- Pemeriksaan diagnostik
 - Pemeriksaan CT-Scan abdomen

4. *Discharge planning*

Diagnosis dini serta pemberian resusitasi dan penatalaksanaan awal secara cepat dapat menurunkan tingkat mortalitas akibat syok hipovolemik. Upaya pencegahan dan pengendalian yang dapat dilakukan untuk syok hipovolemik antara lain:

- a. Anjurkan pasien untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh guna mencegah terjadinya dehidrasi yang menyebabkan bisa terjadi syok hipovolemik
- b. Anjurkan pasien untuk membawa botol air minum jika bepergian.
- c. Penuhi kebutuhan intake nutrisi
- d. Cegah kasus trauma dalam berkendara dengan memastikan kendaraan dalam kondisi baik dan gunakan pengaman serta kelengkapan berkendara sehingga mengurangi risiko kecelakaan lalu lintas yang dapat mengakibatkan trauma fisik berat seperti fraktur terbuka (Nursalam et al., 2016)

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Seorang perempuan (Ny. N) usia 62 tahun beragama islam masuk ke ruang ICU untuk melakukan operasi laparotomi. Saat dilakukan pengkajian sebelum pasien melakukan operasi HB: 6,5 g/dl, kemudian dilakukan transfusi darah PRC 2 bag. Pasien melakukan operasi dengan HB: 9,2g/dl. setelah dilakukan operasi laparotomy pasien mengalami perdarahan sebanyak 700cc dan cairan lambung sebanyak 800cc dan mengalami syok diruang operasi hingga pasien mengalami henti napas dan penurunan kesadaran, dilakukan pemasangan BVM untuk mengembalikan otot pernapasan dengan saturasi oksigen 65%, Pada saat di ruang operasi telah dilakukan transfusi darah 1 bag, dan setelah itu dilakukan pemasangan jascon risk dan dipindahkan ke ruang ICU untuk dilakukan pemasangan Ventilator mekanik dengan mode VC-AC. Saat dilakukan pengkajian tanda-tanda vital pasien TD: 53/34 mmhg, Nadi: 155x/menit, S: 36,7⁰c, respirasi:10x/menit, saturasi menggunakan ventilator 100%, CRT >5 detik, Nadi teraba lemah, Teraba akral dingin, Tampak warna kulit pucat, Tampak konjungtiva pucat, Tampak mata cekung, Tampak mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.

1. Pengkajian Primer

Nama initial : Ny. N
 Umur : 62 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Tanggal masuk RS : 28 Juni 2022
 Tanggal pengkajian : 1 Juli 2022

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan Dada	Tidak dikaji
	Pemakaian otot bantu nafas	Ada, jenis: ventilasi mekanik
	Palpasi	Vocal fremitus: teraba getaran dinding paru kiri dan kanan sama
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> • Redup • Sonor • Pekak
	Suara nafas	Vesikuler Lokasi: kedua lapang paru
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> • Produktif • Tidak produktif
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat sputum
	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> • Ada Jenis: Ventilator mekanik mode VC-AC
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Respirasi: 10 x/menit - Nadi: 155x/menit - nilai AGD: - Ph : 7,54 - Pco₂: 36,8 - Po₂ : 200 - Hco₃:31,0 - Alkalosis Metabolik - Saturasi sebelum menggunakan ventilator: 65% - Saturasi : 100% menggunakan ventilator - Terpasang ventilator dengan mode VC-AC - Tidal volum: 300 - Tampak pasien pucat

<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	<ul style="list-style-type: none"> • S1 S2 S3 S4 • Tunggal • Gallop • Murmur
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Irreguler • Reguler
	CRT	CRT Kembali > 3 detik
	JVP	Normal, 5-2 CmH ₂ O
	CPV	Tampak Tidak ada
	Edema	Ada Lokasi : jari – jari tangan dan tungkai
	EKG	Sinus Takikardia
Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 53/34 mmhg - N : 155 x/menit - S : 36,7°C - CRT >5 detik - Nadi teraba lemah - Teraba akral dingin - Tampak warna kulit pucat - Tampak konjungtiva pucat - Tampak mata cekung - Tampak mukosa bibir kering - Urine dalam 12 jam:300cc - Turgor kulit menurun - Hidrasi kulit >3 detik - Cairan lambung 800cc (warna coklat kehitaman) - Perdarahan post op: 700cc - RL (leher kanan 13 tpm) 750cc - RL (kaki kanan 13 tpm) 750cc - Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 1000cc - Vascon 0,09mcg/kgbb/sp: 20cc - Dobutamine 3mcg/kgbb/sp: 50cc 	
Tingkat kesadaran	Terpasang obat 3 sp dengan obat sedasi: <ul style="list-style-type: none"> - Obat Miloz 2mg : - Fentanyl 20mg : 20cc - Atracurium 15 mg: 1,5cc - Propofol 50 mg: 50cc 	
Reaksi pupil	<ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri <ul style="list-style-type: none"> • ada isokor,diameter 3mm • ada isokor, diameter 3mm 	

	Refleks fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> • Reflex biceps : positif • Reflex triceps : positif • Reflex patella : positif • Reflex sachieles : positif • Reflex brachialis : positif
	Refleks patologis	<ul style="list-style-type: none"> • Reflex Babinski : negatif • Kaku kuduk : negatif • Kerning sign : negatif • Lateral sign : negatif
	Meningeal sign	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada
	Lain-lain	
<i>Bladder</i> (B4)	Urin	<ul style="list-style-type: none"> • jumlah: 300cc / 12 jam • warna : kuning pekat
	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> • ada, hari ke: 1 • jenis : no 16 fr dengan Panjang 22cm
	Kesulitan BAK	Terpasang kateter
	Lain-Lain	
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir kering
	Lidah	Lidah tampak kotor
	Keadaan gigi	Tampak gigi pasien sudah ada yang tanggal, tampak gigi pasien tidak lengkap
	Nyeri telan	Tidak dikaji
	Abdomen	Distensi abdomen (LP: 78)
	Peristaltik usus	Peristaltic usus 5x/menit
	Mual	tidak dikaji
	Muntah	tidak ada muntah
	Hematemesis	tidak mengalami hematemesis
	Melena	Pasien tidak melena
	Terpasang NGT	Ya : dialirkan dengan jumlah: cairan lambung 800cc/12 jam warna : coklat kehitaman
	Terpasang Colostomy bag	pasien tidak terpasang colostomy bag

	Diare	pasien tidak mengalami diare
	Konstipasi	pasien mengalami konstipasi selama 2 hari dirawat di ICU
	Asites	Pasien tidak mengalami asites
	Lain-lain	Balance cairan Intake : infus: <ul style="list-style-type: none"> - RL (leher kanan 13 tpm) 750cc - RL (kaki kanan 13 tpm) 750cc - Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 1000cc
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	Turgor kulit menurun
	Perdarahan kulit	Tidak terdapat perdarahan kulit
	Icterus	Tampak clera tidak ikterik
	Akral	Akral teraba dingin Tampak perifer pucat
	Pergerakan sendi	Pergerakan sendi terbatas
	Fraktur	Tidak mengalami fraktur
	Luka	Tampak ada luka post op Laparatomy Panjang luka: 30cm
	Lain-lain	

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit ringan/ sedang/ **berat**/ tidak tampak sakit

Alasan: tampak pasien sakit berat, pasien menggunakan napas bantu ventilator, terpasang NGT, terpasang infus 2 line, kateter, tampak terpasang 5 syringe pump, terpasang monitor, dan tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

B. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran :pengontrolan obat sedasi

2. Tekanan darah : 53/ 34 mmHg

MAP : 32 mmHg

3. Suhu :36,7°C di Oral Axilla Rektal

4. Pernapasan: 10x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea Kusmaul
 Cheynes-stokes

Jenis : Dada Perut

5. Nadi :155x/menit

Irama : Teratur Bradikard Takikardi
 Kuat Lemah

C. PENGUKURAN

A. Lingkar lengan atas : cm

B. Tinggi badan : 150 cm

C. Berat badan : 43 kg

D. IMT (Indeks Massa Tubuh : 19 kg/m²

Kesimpulan : berat badan normal

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting dan merupakan anugerah dari Tuhan yang harus dijaga agar bisa melakukan berbagai macam aktivitas sehari-hari. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengkonsumsi vitamin dan jarang berolahraga. Pasien sering jajan makanan diluar yang mengandung karsinogen seperti: coto, bakso, ayam bakar, gorengan, ikan asin.

2. Riwayat penyakit saat ini:

a. Keluhan utama : Gagal napas

b. Riwayat keluhan utama :

Saat pasien di ruang Operasi pasien mengalami penurunan kesadaran dikarenakan sebelum dilakukan operasi HB: 6,5 g/dl, dilakukan transfusi darah PRC 2 bag. Pasien melakukan operasi dengan HB: 9,2g/dl. setelah dilakukan operasi laparatomy pasien mengalami perdarahan sebanyak 700cc dan cairan lambung sebanyak 800cc. Pasien mengalami syok diruang operasi hingga pasien mengalami henti napas dan penurunan kesadaran, dilakukan pemasangan BVM untuk mengembalikan otot pernapasan dengan saturasi oksigen 65%, Pada saat di ruang operasi dilakukan transfusi darah 1 bag, dan setelah itu dilakukan pemasangan jascon risk dan dipindahkan ke ruang ICU untuk dilakukan pemasangan Ventilator mekanik dengan mode VC-AC. Saat dilakukan pengkajian tanda-tanda vital pasien TD: 53/34 mmhg, Nadi: 155x/menit, S: 36,7⁰c, respirasi:10x/menit, saturasi menggunakan ventilator 100%, CRT >5 detik, Nadi teraba lemah, Teraba akral dingin, Tampak warna kulit pucat,

Tampak konjungtiva pucat, Tampak mata cekung, Tampak mukosa bibir kering, turgor kulit menurun

c. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga mengatakan pasien memiliki Riwayat penyakit gastritis dan Riwayat hipotensi

d. Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan dari kakaknya juga memiliki Riwayat penyakit yang sama yaitu tumor usus.

Pemeriksaan fisik :

- 1) Kebersihan rambut : tampak rambut bersih dan beruban
- 2) Kulit kepala : tampak bersih, tidak ada lesi, tidak berbau, dan tekstur kepala keras.
- 3) Kebersihan kulit : tampak kulit bersih
- 4) Higiene rongga mulut : tampak mulut kotor dan mukosa bibir kering
- 5) Kebersihan genitalia : tampak bersih
- 6) Kebersihan anus : tampak bersih

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan. Pasien mengatakan biasa mengonsumsi coto, ayam lalapan, dan bakso. Pasien mengatakan biasa mengonsumsi air putih 5 -6 gelas per hari. keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengonsumsi vitamin.

2. Keadaan sejak sakit:

Pasien puasa dikarenakan sedang dilakukan dekompresi lambung

Observasi:

Tampak pasien terpasang NGT, tampak dialirkan berwarna coklat kehitaman

Cairan lambung : 800cc/ 12 jam (coklat kehitaman)

Pemeriksaan fisik:

- a. Keadaan rambut : tampak rambut bersih dan beruban
- b. Hidrasi kulit : hidrasi kulit kembali >3 detik
- c. Palpebra/konjungtiva: tampak palpebra tidak edema/
konjungtiva tampak anemis
- d. Sclera : tampak tidak ikterik
- e. Hidung : tampak terpasang NGT, tampak hidung kotor, tidak ada lesi, tidak ada polip
- f. Rongga mulut : tampak bersih, tidak ada radang mukosa
- g. Gusi : tampak tidak ada peradangan
- h. Gigi : tampak gigi bersih, ada karang kitiriku gigi, ada sisa akar gigi dan ada gigi yang tanggal. gigi palsu: tampak tidak ada gigi palsu
- i. Kemampuan mengunyah keras : tidak dikaji
- j. Lidah : tampak kotor
- k. Faring : tampak tidak ada peradangan
- l. Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran
- m. Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran
- n. Abdomen:
 - Inspeksi : tampak perut datar, tampak luka post op Laparatomy
 - Auskultasi : peristaltik usus 5x/ menit
 - Palpasi : tidak dikaji
 - Perkusi : tidak dikaji
- o. Kulit:
 - Edema : Positif Negatif
 - lokasi : edema perifer pada ekstremitas
 - Icterik : Positif Negatif
 - Tanda-tanda radang : tampak adanya kemerahan

p. Lesi: tampak ada luka post op Laparatomi

Panjang luka: 30cm

C. POLA ELIMINASI

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, warna kecokelatan dan BAK ±6 kali sehari warna kekuningan dengan jumlah ± 150-200cc. Pasien mengatakan mampu mengontrol keinginan berkemih dan BAB

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien belum BAB sejak 1 minggu yang lalu, dan saat dirawat di ICU selama 2 hari pasien belum BAB

3. Observasi :

Tampak pasien menggunakan pempers

Tampak pasien menggunakan kateter : urine 300cc/12jam

Pemeriksaan fisik :

a. Peristaltik usus : 5 x/menit

b. Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong

c. Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif

d. Mulut uretra : tidak dikaji

e. Anus :

▪ Peradangan : tidak dikaji

▪ Hemoroid : tidak dikaji

▪ Fistula : tidak dikaji

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga. Aktivitas yang biasa ia lakukan membersihkan rumah, mencuci dan memasak. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga dan jika ada waktu senggang pasien hanya kan menonton TV

dan berkumpul dengan tetangga. Pasien melakukan aktivitasnya dengan mandiri

2. Keadaan sejak sakit :

Sejak sakit semua kebutuhan dibantu alat dan perawat

3. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah

a. Aktivitas harian :

- Makan : 4
- Mandi : 4
- Pakaian : 2
- Kerapian : 2
- Buang air besar : 3
- Buang air kecil : 3
- Mobilisasi di tempat tidur : 4

0 : mandiri
 1 : bantuan dengan alat
 2 : bantuan orang
 3 : bantuan alat dan orang
 4 : bantuan penuh

b. Postur tubuh : tidak dikaji

c. Gaya jalan : tidak dikaji

d. Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e. Fiksasi : tampak tidak ada anggota gerak yang cacat

f. Tracheostomy : tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a. Tekanan darah

Berbaring : 53/34 mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : Positif Negatif

b. HR : 155x/menit

c. Kulit :

Keringat dingin : ada

Basah : tidak ada

d. JVP : 5-2 cmH₂O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e. Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam waktu >5 dtk

f. Thorax dan pernapasan

▪ Inspeksi:

Bentuk thorax : tampak simetris

Retraksi interkostal : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada

▪ Palpasi :

▪ Vocal fremitus : getaran pada kedua lapang paru kanan dan kiri sama.

Krepitasi : tidak ada

▪ Perkusi :

Sonor Redup Pekak

Lokasi :

▪ Auskultasi :

Suara napas : vesikuler (kedua lapang paru)

Suara ucapan : tidak dikaji

Suara tambahan : tidak ada

g. Jantung

▪ Inspeksi :

Ictus cordis : tidak tampak

▪ Palpasi :

Ictus cordis : 155x/menit

▪ Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 6 linea axialis anterior sinistra

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P: tunggal, ICS 2 dan 3 linea sternalis dextra

Bunyi jantung I T: tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : tunggal, ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak ada

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

A. Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

- h. Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Positif Negatif

- Rentang gerak :

Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tidak ada

Paralisis : tidak ada

- Refleks fisiologi : biceps (+), Triceps (+), Patella (+), Achilles (+)

- Refleks patologi:

Babinski, Kiri : Positif Negatif

Kanan : Positif Negatif

- Clubing jari-jari : tidak ada

- Varises tungkai : tidak ada

- i. Columna vetebralis:

- Inspeksi : tidak ada kelainan

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

- Kaku kuduk : tidak ada

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

A. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, dalam sehari pasien tidur \pm 7-8 jam. Pasien mengatakan jarang tidur siang, pasien mengatakan ketika bangun di pagi hari pasien merasa segar dan dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari. Pasien mengatakan ketika tidur suka dalam suasana gelap dan menggunakan kipas angin.

B. Keadaan sejak sakit :

Pasien terbaring lemah dan tertidur dikarenakan dalam pengontrolan obat sedasi

Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : Positif Negatif

Banyak menguap : Positif Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

A. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pendengaran dan penglihatan pasien baik, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran tapi menggunakan kaca mata. Pasien mengatakan mampu mengenali orang sekitar, lingkungan, dan mampu mengenal waktu. Pasien mengatakan masih mengingat masa mudanya dan keluarganya.

B. Keadaan sejak sakit :

Tidak dikaji

C. Observasi:

D. Pemeriksaan fisik :

a. Penglihatan

- Kornea : tampak jernih
- Pupil : tampak isokor kanan dan kiri
- Lensa mata : tampak jernih

- Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kiri dan kanan
- b. Pendengaran
 - Pina : tampak simetris kiri dan kanan
 - Kanalis : tampak bersih
 - Membran timpani : tampak utuh

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

A. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga dan memiliki 6 orang anak. pasien tinggal dengan anak-anak dan menantunya. Pasien mengatakan jarang merasa frustrasi atau putus asa karena anak-anaknya selalu mendukung dalam keadaan apa pun.

B. Keadaan sejak sakit :

Tidak dikaji

C. Observasi :

- a. Kontak mata : tidak dikaji
- b. Rentang perhatian : tidak dikaji
- c. Suara dan cara bicara : tidak dikaji
- d. Postur tubuh : tidak dikaji

D. Pemeriksaan fisik :

- a. Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
- b. Bentuk/postur tubuh : tidak dikaji
- c. Kulit : tidak ada lesi

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

A. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga Pasien mengatakan tinggal bersama suami dan anaknya. Pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga. Pasien juga mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan tetangga di sekitar rumah.

B. Keadaan sejak sakit:

Keluarga Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga, dan perawat tetap terjalin dengan baik.

C. Observasi:

Tampak pasien selalu dikunjungi keluarga

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

A. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah menopause dan tidak ada gangguan atau perubahan pada sistem reproduksi

B. Keadaan sejak sakit:

Tidak dikaji

C. Observasi:

Tidak dikaji

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

A. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga Pasien mengatakan ketika stres pasien akan bercerita kepada anak dan menantunya

B. Keadaan sejak sakit:

Tidak dikaji

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

A. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga Pasien mengatakan beragama Islam dan sebelum sakit pasien selalu meluangkan waktu untuk sholat 5 waktu

B. Keadaan sejak sakit:

Keluarga sering memperdengarkan mortal Alquran di samping telinga pasien.

V. PEMERIKSAAN PENUNJANG

A. CT-SCAN

Tanggal Pemeriksaan: 29 Juni 2022

Kesan : asites sedang, small bowel obstruction, cyst mesenterium sinistra

B. Foto Thorax

Tanggal Pemeriksaan: 29 Juni 2022

Kesan: foto thorax dalam batas normal

C. EKG: sinus takikardia

tanggal Pemeriksaan: 01 Juli 2022

D. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan: 01 Juli 2022

Parameter	Hasil	Unit	Ref. range
HB	9,2	g/dl	11-16
HCT	33,2	%	37-54
WBC	15,9	Mm3	4.00-10.00
Trombosit	590	Mm3	150-400
Albumin	2,3	g/dl	3,8-4,4
Ureum	23	mg/dl	9,0-18,0
Kreatinin	0,5	mg/dl	0,6-1,1

VI. TERAPI

- A. Miloz 2mg
- B. Fentanyl 20mg/20 jam/sp
- C. Atracurium 15 mg
- D. Propofol 50 mg
- E. Vascon 0,09mcg/kgbb/sp
- F. Dobutamine 3mcg/kgbb/sp
- G. Ceftriaxone 1 gr/12 jam
- H. Santagesik 1 gr/8 jam
- I. RL 13 tpm/12 jam
- J. Nacl 16 tpm/10 jam

A. Obat Miloz

1. Nama obat : miloz 2 mg

2. Klasifikasi/ golongan obat : benzodiazepine

3. Dosis umum

a. pada orang dewasa dan anak di atas usia 12 tahun: diberikan dosis awal 2-2,5 mg dengan kecepatan 2 mg/menit 5-10 menit. tingkatkan dosis sebanyak 0,5-1 mg dengan interval 2 menit hingga dosis akhir yang diinginkan

b. anak usia 6 bulan sampai 5 tahun
dosis awal 0,05-0,1 mg/kg, bisa ditingkatkan hingga 0.6 mg/kg. berikan dalam waktu 2-3 menit, 5-10 menit sebelum prosedur dengan interval 2-5 menit sebelum memberikan dosis tambah

c. lansia
dosis awal 0,5-1 mg dengan kecepatan maksimum 2 mg/menit, 5-10 menit sebelum prosedur. dosis maksimum 3,5 mg.

4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : dosis pada pasien 2 mg

5. Cara pemberian obat : obat ini diberikan melalui intavena

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

obat ini bekerja langsung pada system saraf pusat dengan cara meningkatkan respon sel saraf yang bertugas untuk memberikan sinyal agar tenang, rileks atau tidak sadarkan diri.

7. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :

obat ini diberikan pada pasien untuk melakukan prosedur intubasi pemasangan ventilator

8. Kontra indikasi :

Depresi pernapasan akut, glaucoma sudut sempit akut, sindrom apnea, gangguan hati berat

9. Efek samping obat :

Depresi SSP, hipotensi, penurunan volume tidal, mual muntah, sakit kepala.

B. Fentanyl

1. Nama obat : fentanyl
2. Klasifikasi/ golongan obat : opioid/ analgesik
3. Dosis umum
 - a. pada orang dewasa
dosis awal adalah 1-2 mcg/kgbb/jam. dosis pemeliharaan 2-20 mcg/kgbb.
 - b. anak usia > 2 tahun
dosis 2-3 mcg/kgbb melalui suntik IV setiap 1-2 jam sesuai dengan kebutuhan
4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: dosis pada pasien 20 mcg/kgbb
5. Cara pemberian obat : obat ini diberikan melalui intavena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
obat ini bekerja langsung dengan cara memblokir sinyal ke hipotalamus untuk mengurangi rasa nyeri.
7. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :
obat ini diberikan pada pasien untuk melakukan prosedur intubasi pemasangan ventilator untuk mengurangi nyeri saat melakukan tindakan
8. Kontra indikasi : pasien yang mengalami hipersensitivitas terhadap fentanyl
9. Efek samping obat :
depresi pernapasan, apnea, bradikardi yang berujung henti napas dan henti jantung

C. Atracurium

1. Nama obat : Atracurium
2. Klasifikasi/ golongan obat : neuromuscular blocker
3. Dosis umum
 - a. dewasa: dosis awal, 300-600 mcg/kg sebagai injeksi bolus, dengan dosis berikutnya 100-200 mcg/kg secara injeksi setiap 15-25 menit atau 5-10 mcg/kg/menit secara infus pada prosedur lama. kecepatan infus yang lebih tinggi dapat digunakan pada pasien yang menjalani ventilasi control di ruangan perawatan intensif.
 - b. anak > 1 bulan diberikan sama dosis dengan orang dewasa.
4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: dosis pada pasien 15 mcg
5. Cara pemberian obat : obat ini diberikan melalui intavena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

obat ini digunakan untuk mereleksasi otot selama operasi serta dihindarkan untuk relaksasi otot saat penggunaan ventilator. obat ini juga bekerja langsung dengan cara menghambat saraf dan otot (neuromuscular blocker).
7. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :

obat ini diberikan pada pasien untuk melakukan prosedur intubasi pemasangan ventilator
8. Kontra indikasi : hipersensitivitas pada obat atracurium
9. Efek samping obat :

Eritema (ruam merah pada kulit), dispnea, suara tambahan (wheezing/ bronkospasme), urtikaria (gatal-gatal), bradikardia, takikardia, spasme laring.

D. Propofol

1. Nama obat : Propofol
2. Klasifikasi/ golongan obat : anastesis
3. Dosis umum
 - a. dewasa: dosis awal 40 mg/ 10 detik melalui infus atau suntikan yang disesuaikan hingga mencapai efek anestesi yang diinginkan. dosis ini pemeliharaan 4-12 mg/kg/jam melalui infus atau 25-50 mg sesuai kebutuhan.
 - b. lansia : pengurangan dosis awal dan pemeliharaan harus mempertimbangkan sesuai fisik dan usia pasien. pemberian suntikan tidak diperbolehkan karena dapat menyebabkan gangguan pada pembuluh darah dan paru-paru
 - c. anak-anak: dosis awal 2,5-4 mg/kg untuk anak usia lebih dari 1 bulan melalui infus atau suntikan. dosis pemeliharaan 9-15 mg/kg/jam sesuai kebutuhan.
4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : dosis pada pasien 50mg
5. Cara pemberian obat : obat ini diberikan melalui intavena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

obat ini bekerja memperlambat aktivitas otak dan system saraf sehingga mengurangi rasa nyeri, selain itu juga dapat bekerja sebagai obat penenang atau sedasi untuk merileks pasien selama prosedur bedah. obat ini juga digunakan pada pasien kritis yang membutuhkan alat bantu ventilator.
7. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :

obat ini diberikan pada pasien untuk melakukan prosedur intubasi pemasangan ventilator
8. Kontra indikasi : hipersensitivitas pada obat propofol
9. Efek samping obat :

eritema (ruam merah pada kulit), mual muntah, sakit kepala, nyeri otot, gelisah, hipotensi, aritmia.

E. Vascon

1. Nama obat: Vascon
2. Golongan: inotropik
3. Dosis umum :
 - a. Dosis awalnya: 0,4-0,8 mg / jam diberikan melalui infus. Kemudian titrasi dosis dalam langkah 0,05-0,1 mcg / kg berat badan/ menit untuk mempertahankan normotensi atau mencapai tekanan darah arteri rata-rata yang memadai tergantung pada kondisi pasien.
 - b. Lansia: Dosis awal harus pada kisaran dosis rendah.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan
Vascon 0,09mcg/kgbb/sp
5. Cara pemberian: IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
Vascon bekerja dengan cara menyempitkan pembuluh darah sehingga dapat meningkatkan tekanan darah dan kadar gula didalam darah.
7. Alasan pemeberian obat pada pasien bersangkutan
Karena pasien memiliki tekanan darah rendah (Hipotensi) akut
8. Kontra Indikasi
 - a. Pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap norephineprin
 - b. Pasien yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, dan trombosis vaskular
9. Efek samping
Lambatnya denyut jantung (bradikardia), Kesulitan dalam berafas, Sakit kepala, Kekurangan suplai darah ke jaringan atau organ tubuh (iskemia perifer), Tekanan darah tinggi (Hipertensi), Kecemasan, Sesak nafas (dyspnoea), Gangguan detak jantung (aritmia).

F. Dobutamin

1. Nama obat: Dobutamin
2. Golongan: Inotropik
3. Dosis umum : Dosis awal bagi orang dewasa adalah 2,5–10 mcg/kgBB per menit. Dosis dapat disesuaikan menjadi 0,5–40 mcg/kgBB per menit.
dosis untuk bayi hingga anak-anak usia 18 tahun adalah 5 mcg/kgBB per menit.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan
Dobutamine 3mcg/kgbb/sp
5. Cara pemberian: IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
Bekerja sebagai agonis reseptor Beta 2 adrenergik. Meningkatkan kontraktilitas miokard dan meningkatkan frekuensi denyut jantung. Efek klinis yang diharapkan setelah pemberian dopamin adalah peningkatkan *cardiac output* dan tekanan darah. Efek renal tidak ada. Efek takikardi lebih ringan dari dopamin. Dobutamin sering digunakan bersama dopamin, dengan mempertahankan dosis dopamin tetap rendah dan meningkatkan dosis dobutamin secara bertahap untuk menstabilkan hemodinamik pada syok.
7. Alasan pemberiaan obat pada pasien bersangkutan
Dobutamin diberikan bagi pasien untuk meningkatkan tekanan darah karena efek takikardinya lebih ringan dari dopamin. Dobutamin juga tidak memiliki efek buruk bagi renal sehingga aman bagi pasien.
8. Kontra Indikasi
Hipersensitifitas/alergi terhadap dobutamine, penggunaan Dobutamin juga dikontraindikasikan pada kasus kardiomiopati obstruktif, perikarditis konstriktif, tekanan pengisian jantung rendah, dan aritmia ventrikel.

9. Efek samping

Sakit kepala, demam, mual atau muntah, merasa gelisah, kram kaki, nyeri, bengkak, atau perubahan warna kulit di area suntikan

G. Ceftriaxone

1. Nama obat: Ceftriaxone

2. Golongan: Cephalosporins

3. Dosis umum :

a. Dewasa: 1.000–2.000 mg per hari. Pada infeksi yang berat, dosis dapat ditingkatkan menjadi 4.000 mg, 1–2 kali sehari. Pengobatan diberikan dengan suntikan IM, suntikan IV selama 5 menit, atau infus IV selama 30 menit.

b. Anak usia <15 hari: 20–50 mg/kgBB, 1 kali sehari yang diberikan melalui infus IV selama 60 menit.

c. Anak usia 15 hari hingga 12 tahun: 50–80 mg/kgBB per hari. Dosis maksimal 4.000 mg per hari.

4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan

Ceftriaxone 1 gr/12 jam

5. Cara pemberian: IV

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Mekanisme kerja obat golongan ini adalah dengan cara menghambat sintesis dinding sel mikroba melalui penghambatan reaksi transpeptidasi yang merupakan tahap ketiga dalam rangkaian pembentukan dinding sel, membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.

7. Alasan pemberiaan obat pada pasien bersangkutan

Pasien diberikan obat ceftriaxone untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka post operasi yang nantinya memperparah kondisi pasien.

8. Kontra Indikasi

Detak jantung tidak teratur, munculnya tanda infeksi, seperti demam, menggigil, atau berkeringat, diare berdarah, sesak napas, urine berwarna gelap atau merah muda, nyeri punggung, kebingungan, memar atau perdarahan, kelelahan atau lemas.

9. Efek samping

Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, Sakit kepala, Pusing, Mual atau muntah, Diare, Gatal pada vagina atau keputihan, Ruam kulit, Kantuk, Sakit perut, Keringat berlebihan

H. Santagesik.

1. Nama obat: Santagesik

2. Golongan: Analgetik

3. Dosis umum

Dosis: 2-5 mL melalui injeksi intramuscular (melalui otot) atau intravena (pembuluh darah) sebagai dosis tunggal. Dosis hingga 10 mL/hari sebagai dosis harian

4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan

1 ampul/IV/8 jam

5. Cara pemberian: IV

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Santagesik adalah obat yang bekerja dengan menghambat senyawa yang menyebabkan peradangan yaitu prostaglandin, dengan penghambatan prostaglandin maka gejala peradangan seperti demam dan nyeri dapat berkurang.

7. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan

Alasan pemberian obat santagesik pada pasien adalah untuk mengurangi nyeri akibat operasi

8. Kontra Indikasi

Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat Santagesik.

9. Efek samping

Reaksi alergi parah (anafilaksis), sesak nafas, gatal, ruam, aritmia kordis, tekanan darah rendah

Analisa data primer

Tabel 3.1

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : DO : <ul style="list-style-type: none"> - respirasi: 10 x/menit - nadi : 155x/menit - nilai AGD: - ph : 7,54 - Pco₂ : 36,8 - Po₂ : 200 - Hco₃:31,0 - Saturasi sebelum menggunakan ventilator; 65% - Saturasi : 100% menggunakan ventilator tampak pasien menggunakan otot bantu napas dari ventilasi mekanik - Terpasang ventilator dengan mode VC-AC - Tidal volum : 300 - Tampak pasien pucat 	Kelemahan otot pernapasan	Gangguan ventilasi spontan
2.	DS: DO: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 53/34 mmhg - N : 155 x/menit - S : 36,7°c - Nadi teraba lemah - Tampak mukosa bibir kering - Urine dalam 12 jam :300cc - Turgor kulit menurun - Cairan lambung:800cc/ 12 jam (berwarna coklat kehitaman) - HB : 9,2 g/dl - HCT :32,5% - WBC: 15,9 mm³ - Trombosit : 590 mm³ - Albumin : 2,3 g/dl 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemi

3	DS: DO: - CRT >5 detik - TD: 53/43 mmhg - Nadi : 155 x/menit - Nadi perifer teraba lemah - Akral teraba dingin - Turgor kulit menurun - Tampak warna kulit pucat - Tampak konjungtiva pucat - Urine 12 jam: 300cc - HB : 9,2 g/dl - HCT :32,5% - Trombosit : 590 mm ³ - Albumin : 2,3 g/dl	penurunan afterload	Penurunan curah jantung
---	---	---------------------	-------------------------

Pengkajian sekunder

Tabel 3.2

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
2	DS: DO: - Serum albumin: 2,3 g/dl - Bising usus 5x/menit - Pasien tidak mampu menelan - Tampak membrane mukosa kering - Terpasang NGT untuk dekompresi lambung		Resiko defisit nutrisi
3	DS: DO: - WBC: 15,9g/dl - Suhu: 36,7°C - Tampak luka pada daerah abdomen, dengan Panjang luka 30cm		Resiko infeksi

1. Diagnosa Keperawatan Primer

B1: Gangguan Ventilasi Spontan Berhubungan Dengan Kelemahan Otot Pernapasan

B2: 1. Hipovolemia Berhubungan Dengan Kehilangan Cairan Aktif
2. Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Afterload

B3: tidak ada masalah keperawatan

B4: tidak ada masalah keperawatan

B5: tidak ada masalah keperawatan

B6: tidak ada masalah keperawatan

2. Diagnosa Keperawatan sekunder

1. Resiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrient

2. Resiko Infeksi Dibuktikan Dengan Efek Prosedur Invasive

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Hipovolemia Berhubungan Dengan Kehilangan Cairan Aktif
2.	Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan
3.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
4.	Resiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Ketidakmampuan Mengabsorbsi Nutrient
5.	Resiko Infeksi Dibuktikan Dengan Efek Prosedur Invasive

INTERVENSI KEPERAWATAN PENGKAJIAN PRIMER

Tabel 3.3

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif d.d Nadi: 155x/menit, turgor kulit menurun, TD:53/43 mmhg, nadi teraba lemah, tampak mukosa kering, urine 12 jam 300cc	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi cukup meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Output urine meningkat 4. Tekanan darah cukup membaik 5. Frekuensi nadi cukup membaik 6. Membran mukosa cukup membaik	<p>Manajemen syok hipovolemik</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) 2. Monitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) 3. Periksa tingkat kesadaran respon pupil <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan jalan napas paten 2. Berikan posisi syok (<i>passive leg raising</i>) 3. Pasang jalur IV (14 atau 16) 4. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine 5. Pasang nasogastric untuk dekompresi lambung 6. Ambil darah untuk memeriksa darah lengkap dan elektrolit <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa

2.	<p>Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan d.d pasien menggunakan otot bantu napas ventilator, volume Tidal 300, PCO₂: 36,8, PO₂: 200 , SaO₂: 100% menggunakan ventilator, Nadi: 155x/menit</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Volume Tidal cukup meningkat 2. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun 3. PCO₂ cukup membaik 4. PO₂ cukup membaik 5. Takikardia membaik <p>Respons ventilasi mekanik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FO2 memenuhi kebutuhan meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Kesimetrisan Gerakan dinding dada meningkat 4. Dosis sedasi menurun 	<p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor AGD <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan hasil pemantauan <p>Manajemen ventilasi mekanik</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi (AGD, SaO₂, SvO₂, ETCO₂, respon subyektif pasien) 6. Monitor kriteria perlunya penyapihan ventilator 7. Monitor gejala peningkatan pernapasan (peningkatan denyut jantung atau pernapasan, peningkatan tekanan darah)
----	--	--	--

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi kepala 45-60⁰ untuk mencegah aspirasi 2. Ganti sirkuit ventilator setiap 24 jam 3. Dokumentasikan respon terhadap ventilator <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemilihan mode ventilator (control volume, control tekanan atau gabungan) 2. Kolaborasi pemberian agen pelumpuh otot, sedatif, analgesic sesuai kebutuhan 3. Kolaborasi penggunaan PS atau PEEP untuk meminimalkan hipoventilasi alveolus <p>Pengontrolan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi pasien-pasien yang mengalami penyakit infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tempatkan pada ruang isolasi bertekanan positif untuk pasien dengan resiko penyebaran infeksi via droplet 2. sterilisasi dan desinfeksi alat-alat, furniture <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. edukasi untuk mencuci tangan dengan benar
--	--	--	---

3	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload d.d TD: 53/43 mmhg, nadi perifer tebah lemah, CRT>5 detik, urine 12 jam: 300cc,tampak kulit pucat.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi perifer meningkat 2. Takikardia menurun 3. Oliguria menurun 4. Tekanan darah membaik 5. CRT membaik 	<p>Perawatan jantung akut</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor saturasi oksigen 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler kaki ke bawah <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 kolaborasi pemberian inotropik, jika perlu <p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer 2. Hindari pengukuran tekanan pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
---	---	---	---

			<p>3. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan menggunakan obat penurun anti koagulan2. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus diinformasikan
--	--	--	--

INTERVENSI KEPERAWATAN PENGKAJIAN SEKUNDER

Tabel 3.4

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Resiko defisit nutrisi dibuktikan dnegan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Serum albumin cukup meningkat 2. Kekuatan otot menelan cukup meningkat 3. Bising usus meningkat 4. Membran mukosa cukup meningkat	<p>Pemberian makan perenteral</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi terapi yang diberikan sesuai usia, kondisi, dosis, kecepatan dan rute 2. Monitor nilai laboratorium 3. Monitor produksi urin 4. Monitor jumlah cairan masuk dan keluar <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan label pada wadah makanan parenteral dengan tanggal, waktu 2. Atur laju infus, konsentrasi dan volume yang akan dimasukan 3. Ganti posisi pemasangan infus 3x24 jam (perifer) 4. Pemberian obat selang nutrisi parenteral

2	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan cukup menurun 3. Kadar seldarah putih cukup membaik	<p>Perawatan Luka</p> <p>Obaservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakterisistik luka (drainase, warna, ukuran, bauh) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan mengguna cairan NaCl 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berikan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotic
---	--	---	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.5

Hari/tanggal	Waktu	DP	Implementasi	Perawat
Kamis, 2 Juni 2022 (shift pagi)	08.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital - H/ TD: 53/34mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 155x/menit • R: 10x/menit • S: 36,7°C 	Lely
	08.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tidal volume: 300 	
	08.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas H/ Respirasi : 10x/menit 	
	08.05	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor saturasi oksigen H/ spo2: 100% terpasang ventilator CV-AC 	
	08.30	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor AGD (alkalosis metabolik) H/ Ph : 7,54 <ul style="list-style-type: none"> • Pco₂ : 36,8 • Po₂ : 200 • Hco₃:31,0 	
	10.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Menggantikan cairan NaCl 0,9% 500 cc(16 tpm) 	
	10.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Menggantikan cairan pada kaki kanan RL 500 cc (13tpm) 	
	10.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital - H/ TD: 74/53mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 143x/menit • R: 15x/menit • S: 36,2°C 	
	10.05	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tidal volum: 519 	
	10.15	III	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, 	

			<p>pengisian kapiler, warna suhu) H/ N: 143xmnt • S: 36,2°C • Tampak udem jari tangan dan tungkai, CRT>3detik, akral teraba dingin, tampak pucat</p>	
	11.00	I	<p>- Melakukan pemberian obat anti perdarahan H/ cocktail (adona, vit k, tranexamic)</p>	
	11.00	v	<p>- Melakukan pemberian obat antibiotic dan analgetik H/ Meropenem 1gr/ IV • Santagesik 1 gr/ IV</p>	
	12.00	I	<p>- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 90/40 mmhg • N: 130X/menit • R: 19x/menit • S: 36°C</p>	
	12.10	II	<p>- Tidal volume: 348</p>	
	12.15	III	<p>- Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 80/44mmhg • N: 134X/menit</p>	
	12.30	I	<p>- Melakukan pemberian albumin 20%/50ml/drips</p>	
	13.20	III	<p>- Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor</p>	
	13.30	I	<p>- Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa</p>	

			H/ tampak terpasang IV 2 line RL 13 tpm dan Nacl 16 tpm	
	13.35	I	- Kolaborasi transfusi darah H/ terpasang transfusi 220cc 20 tpm dengan golongan B resus positif	
	13.55	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 80/53mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 145x/menit • R: 14x/menit • S: 36,3°C 	
	13.55	II	- Tidal volume: 684	
	14.00	I	- Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) H/ Intake <ul style="list-style-type: none"> • infus: RL (leher kanan 13 tpm)300cc • RL (kaki kanan 13 tpm) 300cc • Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 400cc • Fentanyl 50mg : 20cc • Vascon 0,09mcg: 20cc • Dobutamine: 50cc • meropenem1 gr: 20cc • Santagesik : 2cc • Amiodaron : 50cc Jumlah: 1162 cc Output : <ul style="list-style-type: none"> • urin : 30 cc • Cairan lambung: 450cc • IWL 215 cc/8 jam Jumlah: 695 cc	
Shift siang	16.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 67/54mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 146x/menit • R: 14x/menit 	Lina

			<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,6°C 	
	16.00	II	- Tidal volume: 606	
	16.05	II	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas H/ Respirasi : 14x/menit	
	16.05	II	- Memonitor saturasi oksigen H/ spo2: 100% terpasang ventilator VC-AC	
	16.05	II	- Memonitor AGD (alkalosis metabolik) H/ Ph : 7,54 <ul style="list-style-type: none"> • Pco₂ : 36,8 • Po₂ : 200 • Hco₃:31,0 	
	16.10	III	- Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu) H/ TD: 77/54mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 146x/menit • Tampak udem jari tangan dan tungkai • CRT>3detik • akral dingin • tampak pucat 	
	18.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 86/54mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 146x/menit • R: 16x/menit • S: 36°C 	
	18.05	III	- Tidal volum: 600	
	18.30	III	- Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi,	

			frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 86/54mmhg
	20.00	IV	<ul style="list-style-type: none"> • N: 135X/menit - Kolaborasi pemberian antibiotic H/ meropenem 1gr/ IV <ul style="list-style-type: none"> • santagesik 1 gr/ IV
	20.10	III	- Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor
	20.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD:85/53mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N:140x/meni • R: 16x/menit • S: 36,2°C
	20.00	II	- Tidal volum 220
	20.10	I	- Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa H/ terpasang infus NaCl 0,9%(16tpm)
	21.00	I	- menggantikan cairan infus Nacl: sisa :100 cc diganti 500 cc
	21.00	I	- Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) - H/ intake <ul style="list-style-type: none"> • Nacl : 150cc • RL (leher kanan): 150cc • RL (kaki kanan):150cc • meropenem1 gr: 20cc • Santagesik:2cc • Amiodaron : 50cc • Albumin 20%: 50ml Jumlah: 572 Output :

			<ul style="list-style-type: none"> • Urine : 30cc • Cairan lambung: 550cc • IWL 215 cc <p>Jumlah output: 795 cc</p>	
shift malam	22.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 80/47mmhg • N: 142x/menit • R: 16x/menit • S: 36,2°C 	
	22.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tidal volum: 239 	
	22,00	I	<ul style="list-style-type: none"> - menggantikan cairan infus RL (leher kanan dan kaki kanan): 50CC diganti 500cc 	
	22.10	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas H/ Respirasi : 16x/menit 	
	22.10	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor saturasi oksigen H/ spo2: 100% terpasang ventilator VC-AC 	
	23.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor AGD (alkalosis metabolik) H/ Ph : 7,54 • Pco₂ : 36,8 • Po₂ : 200 • Hco₃:31,0 	
	00.00	III	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat inotropik H/ Dobitamin 3mcg/kgbb/sp • Vascon 0,09mcg/kgbb/sp 	

	00.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 56/40mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 146x/menit • R: 17x/menit • S: 36⁰C
	00.20	II	- Tidal volum:245
	01.00	I	- Memberikan obat koagulan H/ cocktail (adona, vit k, tranexamic)
	01.45	I	- Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu) H/ N: 146xmnt <ul style="list-style-type: none"> • tampak udem jari tangan dan tungkai • CRT>3detik
	02.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 80/40mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 153x/menit • R: 17x/menit • S: 36⁰C
	03.50	II	- Tidal volum: 262
	04.00	III	- Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 80/40mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 135X/menit
	04.00	III	- Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor

	03.00	V	- Kolaborasi pemberian antibiotik H/ Ceftriaxone 1gr/IV • Santagesik 1gr/IV	
	06.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/TD: 76/52mmhg • N: 145x/menit • R: 18x/menit • S: 36°C	
	06.00	II	- Tidal volum: 276	
		II	- Melakukan sterilisasi alat-alat H/ perawatan sirkuit pada ventilator	
	06.10	I	- menggantikan cairan infus Nacl: sisa : 400cc diganti 500cc	
	07.00	I	- Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) H/ intake • infus: RL (leher kanan 13 tpm) 350cc • RL (kaki kanan 13 tpm) 350cc • Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 400cc • Fentanyl 20mg/jam : 20cc • Vascon 0,09mcg: 20cc • Dobutamine: 50cc • Ceftriaxone 1 gr: 10cc • Santagesik : 2cc Jumlah: 1202 • Output : urine : 50cc • Cairan lambung: 300cc IWL: 645	

			Intake-output-IWL 24 jam - 2936-1410-645=881	
Jumat, 03 Juni 2022 (dinas pagi)	08.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/TD: 74/56mmhg • N: 145x/menit • R: 20x/menit • S: 37 ⁰ C	Perawat Rahmat
	08.00	I	- Mengantikan cairan NaCl 0,9% (16 tpm) sisa:100cc ganti:500cc	
	10.00	I	- Menggantikan cairan RL(13tpm): sisa:150cc diganti: 500cc	
	10.15	II	- Tidal volum: 289	
	10.50	II	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas H/ Respirasi : 20x/menit	
	11.00	II	- Memonitor saturasi oksigen H/ spo2: 100% terpasang ventilator PC-BIPAP	
	11.00	II	- Memonitor AGD (alkalosis metabolik) H/ ph : 7,54 • Pco ₂ : 36,8 • Po ₂ : 200 • Hco ₃ :31,0	
	11.15	I	- Memberikan obat koagulan H/ cocktail (adona, vit k, tranexamic)	
	12.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 83/42mmhg • N: 134x/menit • R: 21x/menit • S: 37,2 ⁰ C	
	12.00	II		

			- tidal volum: 519	
	12.30	III	- Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu) H/ N: 145xmnt <ul style="list-style-type: none"> • S: 36,6°C • tampak udem jari tangan dan tungkai • CRT>3detik • akral dingin • tampak pucat 	
	12.15	V	- Melakukan pemberian obat antibiotic H/ meropenem 1gr/IV <ul style="list-style-type: none"> • santagesik 1 gr/IV 	
	12.20	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 90/40 mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 130X/menit • R: 19x/menit • S: 36,4°C 	
	12.30	I	- Melakukan transfusi darah PRC H/ Diberikan tranfsusi Prc 1 bag/ Hb: 9g/dl, setelah transfuse Hb; 11,2 g/dl	
	13.35	II	- Tidal volum 348	
	13.40	III	- Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 90/40mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 125X/menit 	
	13.25	IV	- Melakukan pemberian albumin 20%/50ml	

	13.25	II	- Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor	
	13.30	I	- Memberikan posisi syok (<i>passive leg raising</i>) H/ tampak pasien diberikan posisi syok	
	13.35	I	- Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa H/ tampak terpasang IV 2 line	
	13.45	I	- Kolaborasi transfusi darah H/ terpasang transfusi 220cc dengan golongan B resus positif	
	14.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 86/53mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 132x/menit • R: 21x/menit • S: 36°C 	
		II	- Tidal volum: 684	
		I	- Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) H/ intake <ul style="list-style-type: none"> • infus: RL (leher kanan 13 tpm)250cc • RL (kaki kanan 13 tim) 250cc • Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 400cc • Fentanyl 50mg : 20cc • Vascon 0,09mcg: 20cc • Dobutamine: 50cc • meropenem1 gr: 20cc • Santagesik : 2cc • Amiodaron : 50cc 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Transfusi : 220cc • Albumin 20%: 50ml <p>Jumlah: 1332</p> <p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urin : 30cc • Cairan lambung: 450cc • IWL : 215 cc <p>Jumlah output: 695 cc</p>	
Shift siang	16.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital <p>H/ TD: 89/62mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 126x/menit • R: 20x/menit • S: 37,7°C 	Lely
	16.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tidal volum: 606 	
	16.10	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas <p>H/ Respirasi : 20x/menit</p>	
	16.15	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor saturasi oksigen <p>H/ spo2: 100% terpasang ventilator PC-BIPAP</p>	
		II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor AGD (alkalosis metabolik) <p>H/ ph : 7,54</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pco₂ : 36,8 • Po₂ : 200 • Hco₃:31,0 	
	17.00	III	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu) <p>H/ N: 126xmnt</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 37,6°C • tampak udem jari tangan dan tungkai • CRT>3detik • akral dingin • tampak pucat 	

	18.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 86/54mmhg • N: 123x/menit • R: 22x/menit • S: 37°C
	18.15	I	- menggantikan cairan infus Nacl; sisa: 200cc diganti: 500cc
	18.30	I	- Tidal volum: 600
	19.15	III	- Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 86/54mmhg • N: 120 X/menit
	20.00	III	- Mengganti cairan Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 500cc
		V	- Kolaborasi pemberian antibiotic H/ meropenem 1gr/IV • santagesik 1 gr/IV
	20.15	III	- Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor
	20.20	I	- Meberikan posisi syok (<i>passive leg raising</i>) H/ tampak pasien diberikan posisi syok
	21.00	I	- Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa h/ menggantikan infus NaCl 0,9%(16tpm)
	21.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital

			<p>H/ TD:89/62mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N:120x/menit • R: 22x/menit • S: 36°C <p>- Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT)</p> <p>H/ intake</p> <ul style="list-style-type: none"> • infus: RL (kaki kanan 13 tim) 400cc • Nacl 0,9% (leher kanan 16 tim) 350cc • meropenem1 gr: 20cc • Santagesik : 2cc • Amiodaron : 50cc • Albumin 20%: 50ml <p>Jumlah: 872</p> <p>Output :</p> <ul style="list-style-type: none"> • urin : 30cc • Cairan lambung: 550cc • IWL 215 cc <p>Jumlah output: 795 cc</p>	
Shift malam	22.00	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 86/59mmhg	Lina
	22.00	II	- Tidal volum: 243	
	22.30	II	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas H/ Respirasi : 21x/menit	
	23.00	II	- Memonitor saturasi oksigen H/ spo2: 100% terpasang ventilator PC-BIPAP	
	23.15	II	- Memonitor AGD (alkalosis metabolik)	

			<p>H/ ph : 7,54</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pco₂ : 36,8 • Po₂ : 200 • Hco₃:31,0 	
	00.00	I	<p>- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 83/42mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 122x/menit • R: 22x/menit • S: 36,8°C 	
	00.15	II	<p>- Tidal volum: 231</p>	
	03.45	III	<p>- Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu)</p> <p>H/ N: 122xmnt</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 37,3°C • tampak udem jari tangan dan tungkai • CRT>3detik • akral dingin • tampak pucat 	
	04.00	V	<p>- Kolaborasi pemberian antibiotic</p> <p>H/meropenem 1gr/IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • santagesik 1gr/IV 	
	04.00	I	<p>- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 90/50 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 112X/menit • R: 19x/menit • S: 36°C 	
	04.00	II	<p>- Tidal volum: 230</p>	
	04.15	I	<p>- Memberikan obat koagulan H/ cocktail (adona, vit k, tranexamic)</p>	
	05.30	III		

			<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 90/50mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 115X/menit 	
	06.00	IV	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan albumin 20%/50ml 	
	06.00	III	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor 	
	06.15	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi syok (<i>passive leg raising</i>) H/ tampak pasien diberikan posisi syok 	
	06.45	I	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa H/ tampak terpasang IV 2 line 	
	06.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 96/62mmhg <ul style="list-style-type: none"> • N: 114x/menit • R: 21x/menit • S: 36,2°C 	
	06.30	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tidal volum: 208 	
		II	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan sterilisasi dan desinfeksi H/ perawatan sirkuit 	
	07.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) H/ intake infus: <ul style="list-style-type: none"> • RL (kaki kanan 13 tpm) 350cc 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 400cc • Fentanyl 50mg : 20cc • Vascon 0,09mcg: 20c • Dobutamine: 50cc • Meropenem1 gr: 20cc • Santagesik : 2cc • Amiodaron : 50cc • Albumin 20%: 50ml <p>Jumlah: 942</p> <p>Output :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urin : 50cc • Cairan lambung: 500cc • IWL:645 <p>Intake-output-IWL 24 jam 3142-1610+645=887</p>	
Sabtu,04 Juni 2022 (Shift pagi)	08.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 96/54 mmhg • N: 115X/menit • R: 20x/menit • S: 36°C 	Perawat Rahmat
	08.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tidal volum: 342 	
	08.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas H/ Respirasi : 20x/menit 	
	08.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor saturasi oksigen H/ spo2: 100% terpasang ventilator mode SIMV 	
	08.20	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor AGD (alkalosis metabolik) H/ ph : 7,54 • Pco₂ : 36,8 • Po₂ : 200 • Hco₃:31,0 	
	08.30	III	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, 	

			<p>pengisian kapiler, warna suhu) H/ N: 100xmnt</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 37,8°C • tampak udem jari tangan dan tungkai • CRT>3detik • akral hangat • tampak pucat 	
	08.35	I	- menggantikan cairan infus: RL sisa: 200	
	10.00	V	- Melakukan perawatan luka H/ tampak luka kemerahan Panjang luka 30cm	
	10.15	I	- Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 96/54 mmhg	
			<ul style="list-style-type: none"> • N: 115X/menit • R: 20x/menit • S: 36,5°C 	
	10.20	I	- menggantikan cairan futrolit 20 tpm	
	11.00	II	- Tidal volum: 267	
	12.00	III	- Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 96/54mmhg	
			<ul style="list-style-type: none"> • N: 110X/menit 	
	12.15	V	- Kolaborasi pemberian antibiotic H/ Meropenem 1gr/IV	
			<ul style="list-style-type: none"> • Santagesik 1 gr/IV 	
	14.00	I	- Menggantikan cairan Nacl: 16tpm) - Memonitor status cairan	

			<p>(masuk, haluaran, turgor kulit, CRT)</p> <p>H/ intake infus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RL (kaki kanan 13 tpm) 200cc • Nacl 0,9% (leher kanan 16 tpm) 100cc • futrolit: 250cc • Dobutamine: 50cc • Meropenem1 gr: 20cc • Santagesik : 2cc • PCT 1 flakon: 100cc <p>Jumlah: 772</p> <p>Output :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urin : 50cc • Cairan lambung: 400cc • IWL: 215 cc <p>Jumlah: 665 cc</p>	
(Shift sore)	14.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital <p>H/ TD: 100/60mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 111X/menit • R: 20x/menit • S: 36, 4^oC 	Lely
	14.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tidal volum: 350 	
	14.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas <p>H/ Respirasi : 20x/menit</p>	
	14.25	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor saturasi oksigen <p>H/ spo2: 100% terpasang ventilator mode SPN</p>	
	16.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital <p>H/ TD: 100/62 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 110X/menit • R: 18x/menit • S: 37,2^oC 	
	16.15	III	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi 	

			<p>dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 110/73mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 106X/menit 	
	17.00	III	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor 	
		I	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian infus kristaloid 1-2L pada dewasa H/ tampak terpasang IV 1 line 	
	17.15	IV	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemberian albumin H/ albumin 20% : 50ml 	
	17.20	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor predictor kemampuan untuk mentolerir penyapihan (kapasitas vital, VD/VT, MW, kekuatan inspirasi) H/ VD/VT: 360 • MV : 4,5 • Kekuatan inspirasi : 10 	
	17.35	II	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan uji penyapihan (30-120 menit dengan napas spontan yang dibantu ventilator) H/ penyapihan selama 30 menit 	
	18.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 100/70 mmhg • N: 98x/menit • R: 17x/menit • S: 36,8°C 	
	20.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - menggantikan cairan infus futrolit; sisa: 250cc ganti 	

	21.00	I	<p>500cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) <p>H/ intake futrolit:300cc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dobutamine: 50cc • Meropenem1 gr: 20cc • Santagesik : 2cc • Albumin 20%: 50ml <p>Jumlah: 422</p> <p>Output :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urin : 30cc • Cairan lambung: 300cc • IWL: 215 cc <p>Jumlah: 545 cc</p>	
Shift malam	22.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital <p>H/ TD: 100/60 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 90X/menit • R: 18x/menit • S: 36⁰C 	Lina
	00.00	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama kedalaman upaya napas <p>H/ Respirasi : 18x/menit</p>	
	00.05	II	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor saturasi oksigen <p>H/ spo2: 100% terpasang NRM nasal 3 liter</p>	
	00.06	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital <p>H/ TD: 83/42mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> • N: 110x/menit • R: 22x/menit • S: 36,4⁰C 	
	0.2.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - menggantikan cairan infus futrolit: sisa 450cc ganti 500cc 	
		III	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu) <p>H/ N: 100xmnt</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,6°C • Tampak udem jari tangan dan tungkai • CRT>3detik, akral hangat • tampak pucat 	
	04.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 110/68 mmhg • N: 90X/menit • R: 22x/menit • S: 36,3°C 	
	05.00	III	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP) H/ TD : 110/73mmhg • N: 100X/menit 	
		III	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tingkat kesadaran respon pupil H/ tampak isokor 	
	06.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 95/64mmhg • N: 100x/menit • R: 22x/menit • S: 37°C 	
	07.00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status cairan (masuk, haluaran, turgor kulit, CRT) H/ intake • infus: futrolit (20 tpm): 750cc • Meropenem1 gr: 20cc • Santagesik : 2cc Jumlah: 772 Output : urin : 30cc • Cairan lambung: 50cc intake-output-IWL 24 jam 1966-860-645=461 	

EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.6

Hari/tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
Kamis, 02 Juni 2022	<p>1. Hipovolemi</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadi teraba lemah - TD: 76/52mmhg - nadi: 145x/menit - turgor kulit mrenurun - urine: 50cc - mukosa kering <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutan intervensi</p> <p>2. Gangguan ventilasi spontan</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirasi :16 x/menit - Nadi : 145x/menit - ph : 7,54 Pco₂: 36,8 Po₂ : 200 Hco₃:31,0 - Volume tidal: 276 - Saturasi oksigen :100% (terpasang ventilator mode VC-AC) <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutan intervensi</p> <p>3 penurunan curah jantung</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi: 145 x/menit - Tampak wajah pucat - Tampak konjungtiva pucat - Tampak edema pada jari tangan dan tungkai - CRT >3 detik - TD: 76/52 mmhg 	Lely

	A: masalah belum terasi P: lanjutkan intervensi	
Jumat, 03 Juni 2022	<p>1. hipovolemi</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadi teraba lemah - TD: 96/62mmhg - nadi: 114x/menit - turgor kulit mrenurun - urin: 50cc - mukosa kering <p>A: masalah belum terasi P: lanjutkan intervensi</p> <p>2. Gangguan ventilasi spontan</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirasi :21 x/menit - Nadi : 114x/menit - ph : 7,54 Pco₂: 36,8 Po₂ : 200 Hco₃:31,0 - Volume tidal :208 - saturasi oksigen :100% (terpasang ventilator mode PC-BIPAP) <p>A: masalah belum teratasi P: lanjutan intervensi</p> <p>3 penurunan curah jantung</p> <p>S:</p> <p>O;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi: 114x/menit - Tampak wajah pucat - Tampak conjungtiva pucat - Tampak edema pada jari tangna dan tungkai - CRT >3 detik - TD: 96/62 mmhg <p>A: masalah belum terasi P: lanjutkan intervensi</p>	Lina

<p>Sabtu, 04 Juni 2022</p>	<p>1 hipovolemi S: O: - nadi teraba lemah - TD: 95/64mmhg - nadi: 100x/menit - turgor kulit mrenurun - urin: 30cc - mukosa kering - terpasang futrolit 20tpm A: masalah teratasi Sebagian P: lanjutkan intervensi</p> <p>2 Gangguan ventilasi spontan S: O: - Respirasi :22 x/menit - Nadi : 100x/menit - ph : 7,54 Pco₂ : 36,8 Po₂ : 200 Hco₃:31,0 - saturasi oksigen :100% (terpasang ventilator mode (SPN selama 30 menit) setelah itu terpasang NRM5 liter/menit - terpasang nasal kanul 4liter/mnt A: masalah teratasi sebagian P: lanjutan intervensi</p> <p>3 penurunan curah jantung S: O; - Nadi: 100x/menit - Tampak wajah pucat - Tampak conjungtiva pucat - Tampak edema pada jari tangan dan tungkai - Akral teraba hangat - CRT >3 detik - TD: 95/64mmhg</p>	<p>Lina</p>
----------------------------	--	-------------

	<p>A: masalah teratasi Sebagian P: lanjutkan intervensi</p> <p>4 resiko defisit ntrisi S: O: - serum albumin: 2,0 - Terpasang NGT (bilas lambung) - Peristaltic usus: 5x/menit - Mukosa bibir kering</p> <p>A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi</p> <p>5 resiko infeksi S: O: - WBC: 11,31 - Tampak luka berwarna kemerahan - Suhu:37°C</p> <p>A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny. "N" umur 62 tahun dengan diagnosa syok hipovolemik di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu 1 Juni – 4 Juni 2022. Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan guna mencapai tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan Kesehatan atau membuat pasien yang kritis dalam menghadapi kematian. Proses keperawatan ada lima tahap, dimana pada tahap ini secara Bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan Tindakan kontinu, yang mengulangi kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan adalah sebagai beriku:

1. Pengkajian Keperawatan kritis

a. B1 *breathing*

Pada pengkajian *breathing* yang didapatkan bentuk dada simetris, pasien menggunakan otot bantu napas menggunakan ventilator mekanik dengan mode VC-AC yang dimana mode ini sepenuhnya otot pernapasan dibantu dari mesin ventilator, respirasi : 10x/menit, saturasi sebelum menggunakan ventilator 65% dan hasil AGD Ph: 7,54, PCO₂: 36,8, HCO₃: 31,0, PO₂: 200 kesimpulan terdapat alkalosis metabolik. Dari hasil Analisa pada Ny. N melakukan operasi laparotomy yang disebabkan karena adanya illeus obstruktif dan kista messenterium. Pada

saat dilakukan prosedur Tindakan operasi laparotomy yang menyebabkan terjadi perdarahan sehingga suplai oksigen ke jaringan tidak adekuat sehingga terjadi hipoksia. Akibat dari penurunan oksigen, sel akan mulai menggunakan proses cadangan energi dengan mengaktivasi metabolisme anaerob yang akan meningkatkan asam laktat sehingga terjadi kebocoran ke dalam darah yang mengakibatkan asidosis sistemik sehingga melemahkan fungsi otot pernapasan sehingga terjadi gagal napas (Hardisman, 2015).

b. B2 *blood*

Pada pengkajian *blood* didapatkan pasien mengalami hipotensi TD: 53/34mmhg, takikardia N: 155x/menit, CRT>5 detik, akral dingin, edema pada daerah perifer dan warna kulit pucat. Dari hasil analisa kasus didapatkan pasien mengalami perdarahan yang mengakibatkan penurunan volume intravaskuler menyebabkan hilangnya darah bersirkulasi ditubuh sehingga terjadi penurunan venous return yang mengakibatkan cardiac output menurun sehingga dapat menurunkan tekanan darah (hipotensi) sehingga tubuh akan melakukan kompensasi dengan mengaktivasi sistem simpatik untuk pelepasan epinephrin dan norepinephrin dalam meningkatkan *heart rate* atau takikardia. Hal ini menyebabkan terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah yang akan mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah sehingga aliran darah tidak sampai ke perifer yang ditandai dengan CRT menurun, warna kulit pucat dan terjadi edema perifer (Bastian, 2019) .

c. B3 *brain*

Pada pengkajian *brain* yang didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran akibat efek sedasi. Analisa kasus pasien mengalami penurunan kesadaran akibat adanya efek sedasi diberikan sebelum melakukan prosedur intubasi sehingga tidak

menimbulkan nyeri, mual atau muntah. Obat yang diberikan miloz 2mg yang merupakan golongan benzodiazepine yang diberikan sebagai obat penenang yang bekerja langsung pada sistem saraf pusat dengan cara meningkatkan respon sel saraf yang bertugas untuk memberikan sinyal agar klien tetap rileks dan tenang, atracurium 15mg merupakan obat yang bekerja untuk merelaksasi otot, dan biasanya digunakan sebelum melakukan tindakan intubasi dan propofol 50mg obat ini bekerja untuk menurunkan aktivitas otak dan sistem saraf sehingga klien mengalami penurunan kesadaran (roeneveld, 2015).

d. B4 *bladder*

Pada pengkajian *bladder* didapatkan pasien mengalami oliguri yang dimana urin dalam 12 jam 300cc, yang berwarna kuning pekat. Hal ini dikarenakan adanya suplai perfusi ke renal berkurang sehingga akan terdeteksi oleh sel maculadensa yang mengstimulasi sel jungsatglomerulus sehingga sel tersebut akan mengeksreikan renin, hal ini yang menyebabkan ginjal mengaktivasi RAAs sehingga ginjal mengeluarkan renin yang akan mengubah angiotensinogen menjadi angiotensin I, selanjutnya angiotensin I akan berubah menjadi angiotensin II dengan bantuan ACE. Sehingga angiotensin II yang berperan sebagai vasokontruktor yang mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah. Selain itu juga akan terjadi pelepasan aldosterone oleh korteks adrenal ginjal yang berfungsi untuk rentensi air dan natrium sehingga volume darah meningkat dan terjadi oliguri (Tarigan, 2021).

e. B5 *bowel*

Pada pengkajian *bowel* didapatkan pasien mengalami mengalami distensi abdomen, dan pasien belum mengalami BAB 2 hari. Hal ini disebabkan adanya proses pembedahan

laparotomy sehingga terjadi penurunan otot intestinal yang menyebabkan kelemahan otot intestinal sehingga mengakibatkan ileus paralitik atau kelumpuhan pada motilitas usus dengan ditandai tanda dan gejala muntah, tidak ada nafsu makan dan tidak BAB sudah 1 minggu (Hidayatulloh et al., 2016).

f. B6 *bone*

Pada pengkajian *bone* didapatkan pasien mengalami turgor kulit menurun, akral teraba dingin, perifer pucat. Hal ini disebabkan adanya proses pembedahan laparotomy yang menyebabkan pasien mengalami perdarahan sebanyak 700cc dan cairan lambung berwarna coklat kehitaman sebanyak 800cc. Dikarenakan adanya kekurangan volume cairan yang menyebabkan *cardiac output* menurun sehingga jantung tidak mampu memompa darah ke daerah perifer yang mengakibatkan daerah perifer pucat, akral teraba dingin (Munro, 2015).

2. Pengkajian sekunder

Pada pengkajian sekunder yang bermasalah pada pola I persepsi Kesehatan dan pemeliharaan Kebiasaan pasien yang jarang berolahraga dan tidak mengonsumsi vitamin. Kebiasaan lainnya juga Pasien sering jajan makanan diluar yang mengandung karsinogen seperti: coto, bakso, ayam bakar, gorengan, ikan asin. Keluhan pasien masuk gagal napas yang disebabkan Saat pasien di ruang Operasi pasien mengalami penurunan kesadaran dikarenakan sebelum dilakukan operasi HB: 6,5 g/dl, dan pada saat melakukan operasi dengan HB: 9,2g/dl. setelah dilakukan operasi laparastomy pasien mengalami perdarahan sebanyak 700cc dan cairan lambung sebanyak 800cc. Pasien mengalami syok diruang operasi hingga pasien mengalami henti napas dan penurunan kesadaran, dilakukan pemasangan BVM untuk

mengembalikan otot pernapasan dengan saturasi oksigen 65%, Pada saat di ruang operasi dilakukan transfusi darah (PRC) 1 bag untuk dapat meningkatkan kapasitas oksigen dan meningkatkan volume darah sehingga hemoglobin terpenuhi dan setelah itu dilakukan pemasangan jascon risk dan dipindahkan ke ruang ICU untuk dilakukan pemasangan Ventilator mekanik dengan mode VC-AC. Saat dilakukan pengkajian tanda-tanda vital pasien TD: 53/34 mmhg, Nadi: 155x/menit, S: 36,7⁰c, respirasi:10x/menit, saturasi menggunakan ventilator 100%, CRT >5 detik, Nadi teraba lemah, Teraba akral dingin, Tampak warna kulit pucat, Tampak konjungtiva pucat, Tampak mata cekung, Tampak mukosa bibir kering, turgor kulit menurun. Pasien memiliki Riwayat penyakit seperti hipotensi dan gastritis.

Pada pengkajian sekunder pola II pola nutrisi dan metabolik didapatkan pasien dipuaskan dan terpasang NGT untuk dilakukan dekompresi lambung, cairan lambung berwarna coklat kehitaman, hidrasi kulit kembali >3 detik, peristaltik usus 5x/menit, dan distensi abdomen, tampak ada luka post op Laparatomi dengan Panjang luka: 30cm.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon individu, keluarga dan masyarakat terhadap masalah-masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang digunakan sebagai dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat (PPNI,2017).

Menurut Hardisman, (2015) masalah keperawatan muncul pada syok hipovolemik yaitu Hipovolemi, Penurunan curah jantung, Gangguan pertukaran gas, Perfusi perifer tidak efektif , Risiko perfusi renal tidak efektif. Berdasarkan hasil pengkajian kasus

didapatkan 6 diagnosis keperawatan yang muncul yaitu hipovolemi, gangguan ventilasi spontan, penurunan curah jantung, konstipasi, risiko deficit nutrisi, dan resiko infeksi (SDKI, 2016).

- Berdasarkan manifestasi klinis pada pasien yang diperoleh dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 6 diagnosis yaitu:
- a. hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yang didefinisikan penurunan volume cairan intravaskuler, instisial dan/ atau intraselular (SDKI, 2016). Tanda dan gejala mayor yang digunakan Penulis untuk mengangkat diagnosis ini karena TD: 53/34 mmhg, N: 155 x/menit, S: 36,7°C, Nadi teraba lemah, Tampak mukosa bibir kering, Urine dalam 12 jam :300cc, Turgor kulit menurun, Cairan lambung:800cc/ 12 jam (berwarna coklat kehitaman), HB: 9,2 g/dl, HCT :32,5%. Hasil Analisa adanya perdarahan saat pembedahan yang menyebabkan pengeluaran darah yang berlebihan sehingga berkurangnya darah di tubuh yang menyebabkan menurunnya volume intravaskuler yang mengakibatkan terjadinya syok hipovolemik. Diagnosis ini menjadi prioritas utama karena berdasarkan tingkat kegawatan diagnosis ini merupakan keadaan yang mengancam kehidupan dan akan mengakibatkan ke diagnosis yang lain.
 - b. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan yang didefinisikan penurunan cadangan energi yang mengakibatkan individu tidak mampu bernapas secara adekuat (SDKI,2016). Tanda dan gejala mayor yang digunakan Penulis mengangkat diagnosis ini karena respirasi:10 x/menit, nadi : 155x/menit, nilai AGD, Ph: 7,54, Pco₂ : 36,8 , Po₂ : 200, Hco₃:31,0, Saturasi sebelum menggunakan ventilator 65%, Saturasi :100% menggunakan ventilator, tampak pasien menggunakan otot bantu napas dari ventilasi mekanik, Tidal volum : 300, Tampak pasien pucat. Hasil Analisa yang diperoleh pada diagnosis ini tidak terdapat pada diagnosis teori

dikarenakan pada kasus pasien menggunakan otot bantu napas menggunakan ventilator dikarenakan adanya suplai oksigen ke jaringan berkurang yang menyebabkan penurunan perfusi sistemik sehingga terjadi hipoksia yang berkomplikasi ke pulmonal yang mengakibatkan gagal napas.

- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload didefinisikan ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (SDKI, 2016). Tanda dan gejala mayor yang digunakan Penulis mengangkat diagnosis ini karena CRT >5 detik, TD: 53/43 mmhg, Nadi : 155 x/menit, Nadi perifer teraba lemah, Akral teraba dingin, Tugor kulit menurun, Tampak warna kulit pucat, Tampak konjungtiva pucat, Urin 12 jam: 300cc. Hasil Analisa terdapat kesamaan antara teori dan kasus yang didapatkan kekurangan cairan yang menyebabkan cardiac output menurun yang dimana akan terjadi kontraktilitas jantung yang akan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga aliran balik ke vena ke jantung menyebabkan kegagalan pengisian sirkulasi sistemik mengakibatkan kegagalan jantung, jika terjadi maka aliran darah tidak sampai ke perifer yang menandakan akral dingin, pucat dan sianosis.
- d. Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient didefinisikan beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (SDKI, 2016). Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian didapatkan Serum albumin: 2,3 g/dl, Bising usus 5x/menit, Pasien tidak mampu menelan, Tampak membran mukosa kering, Terpasang NGT untuk dekompresi lambung, dan pasien sedang puasa.

- e. Resiko infeksi dibuktikan dengan factor resiko efek prosedur invasive didefinisikan beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2016).

Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian didapatkan WBC: 15,9 g/dl, Suhu: 36,7⁰C, Tampak luka pada daerah abdomen, dengan Panjang luka 30cm.

Adapun diagnosis keperawatan teoritis yang tidak diangkat pada kasus yaitu:

- a. Gangguan pertukaran gas

Pada diagnosis ini mempunyai hasil pemeriksaan AGD akan tetapi Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena diagnosis gangguan ventilasi spontan sudah memenuhi kriteria hasil yang diharapkan (SLKI) dan intervensi keperawatan (SIKI) yang dapat mengatasi adanya gangguan pertukaran gas

- b. Perfusi perifer tidak efektif

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena didalam pada pengkajian kasus peneliti mengangkat diagnosis penurunan curah jantung, sehingga dari diagnosis tersebut sudah memenuhi kriteria hasil yang diharapkan (SLKI) dan intervensi keperawatan (SIKI) yang dapat mengatasi aliran darah ke perfusi perifer sehingga dapat terpenuhi.

- c. Resiko perfusi renal tidak efektif

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena didalam kasus tidak ada masalah disirkulasi ke ginjal dan pada hasil pemeriksaan elektrolit yaitu ureum dan kreatinin masih dalam batas normal.

4. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (SLKI, 2018).

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan, intervensi, dan rasional. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien, yaitu dengan memfokuskan pada tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan status cairan membaik.

- 1) Manajemen syok hipovolemik **Observasi**: monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan MAP), monitor status cairan (masuk, haluaran, tugor kulit, CRT), periksa tingkat kesadaran respon pupil. **Terapeutik** : pertahankan jalan napas paten, berikan posisi trendeleburg dengan modifikasi posisi *passive leg raising*, pasang jalur IV, pasang kateter untuk menilai produksi urin, pasang NGT untuk dekompresi lambung, periksa AGD. **Kolaborasi** kolaborasi pemberian infus 2 line, kolaborasi pemberian transfusi darah.

b. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ventilasi spontan meningkat.

- 1) Pemantauan respirasi **Observasi**: monitor frekuensi, irama dan kedalaman upaya napas, monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor AGD. **Terapeutik** atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien
- 2) manajemen ventilasi mekanik, **Observasi** monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi (AGD, SaO₂, SvO₂, respon subjektif), monitor kriteria penyapihan ventilator,

monitor tanda dan gejala peningkatan pernapasan, **Terapeutik** atur posisi kepala 45-60⁰, ganti sirkuit ventilator setiap 24 jam, **Kolaborasi** pemilihan mode ventilator (control volum, control tekanan atau gabungan), kolaborasi pemberian agen kelumpuhan otot, sedatif

- 3) Pengontrolan infeksi **Observasi** identifikasi pasien yang mengalami penyakit infeksi, **Terapeutik** sterilisasi dan desinfeksi alat-alat, **Edukasi** untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan Tindakan.

c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat.

- 1) perawatan jantung akut **Observasi** monitor saturasi oksigen, monitor tekanan darah, monitor intake output. **Terapeutik** posisikan pasien semi fowler atau fowler kaki kebawah. **Kolaborasi** kolaborasi pemberian inotropik
- 2) perawatan sirkulasi **Observasi**: periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler), identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, monitor bengkak pada ekstremitas. **Terapeutik**: hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer. **Edukasi**: anjurkan menggunakan obat penurun anti koagulan.

d. Resiko deficit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik.

- 1) Pemberian makanan parenteral **Observasi** identifikasi yang diberikan sesuai usia, kondisi, dosis, monitor nilai

laboratorium, monitor produksi urine, monitor jumlah cairan yang masuk dan keluar. **Terapeutik** berikan label pada wadah makanan parenteral dengan tanggal dan waktu, atur laju infus, dan volume yang dimasukkan, pemberian obat selang nutrisi parenteral.

- e. Resiko infeksi dibuktikan dengan factor resiko efek prosedur invasive

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

- 1) Perawatan luka **Observasi**, monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi. **Terapeutik** lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan menggunakan cairan NaCL, bersihkan jaringan nekrotik, berikan Teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, edukasi jelaskan tanda dan gejala infeksi. **Kolaborasi** pemberian antibiotik.

5. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI, 2018). Fokus dari intervensi antara lain, mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah terjadinya komplikasi, menemukan perubahan System tubuh dan implementasi pesa kolaborasi.

Dalam melaksanakan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, penulis bekerja sama dengan perawat ruangan penanggung jawab pasien saat hand over, juga menyelesaikan dengan rencana keperawatan yang ada di ruangan agar proses keperawatan yang diberikan pada pasien menjadi berkesinambungan antara perawat ruangan dan penulis. Berikut ini Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis:

- a. Implementasi diagnosis pertama : hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi, kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi napas) hasilnya: nadi: 111x/menit, TD: 96/54 mmhg, nadi teraba lemah, memonitor status cairan hasilnya CRT>3 detik, turgor kulit menurun, balance cairan : intake: 4466cc/24 jam, output: 1580/ 24 jam IWL: 27 hasil balance cairan: 2859cc, memeriksa respon pupil tampak pupil isokor, mempertahankan jalan napas, memberikan posisi *passive leg raising*, memasang kateter untuk menilai produksi urin selama 24 jam: 110cc, memasang NGT untuk melakukan dekompresi lambung, kolaborasi pemberian IV 2 line dengan diberikan cairan NaCl 16 tpm dan RL 13 tpm, kolaborasi pemberian transfuse darah PRC 2 bag. Dari hasil Analisa implementasi diagnosis keperawatan hipovolemik pada kasus sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat penulis tanpa ada hambatan yang berarti dalam pelaksanaan sangat kooperatif sehingga diagnosis ini dapat teratasi.

- b. Implementasi diagnosis kedua: Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot.

Pemantauan respirasi

Memonitor frekuensi, irama, kedalaman napas hasilnya respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 100% dengan menggunakan ventilator mekanik mode VC-AC dengan atur pemantau respirasi sesuai kondisi klien, memonitor AGD: ph: 7,54, Pco₂ : 36,8 , Po₂ : 200, Hco₃:31,0.

Manajemen ventilasi mekanik

Memonitor efek ventilator terhadap status oksigenasi hasilnya SaO₂ 100%, memonitor kriteria perlunya penyapihan ventilator dengan melakukan penyapihan pada hari ketiga kemudian menggunakan oksigen NRM, terjadi peningkatan TD: 95/54 mmhg,

mengatur posisi semi fowler 45⁰, menggantikan sirkuit setiap 24 jam, kolaborasi pemilihan mode dengan mode VC-AC ke SIMV dan SPN, kolaborasi pemberian obat sedatif dengan diberikan propofol, miloz, atracurium dan fentanyl. Pada kasus sudah dilakukan sesuai intervensi akan tetapi dilakukan pada hari ke 2 dan ke 3 untuk memonitor kriteria melakukan penyapihan ventilator sehingga dapat teratasi

Pengontrolan infeksi

Melakukan sterilisasi dan desinfeksi alat-alat dengan melakukan sterilisasi sirkuit pada mesin ventilator selama 24 jam sekali, dan melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.

- c. Implementasi diagnosis ketiga: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Perawatan jantung akut

Memonitor saturasi oksigen hasilnya saturasi oksigen 100% dengan menggunakan ventilator mekanik, tekanan darah 96/54 mmhg, pemberian posisi semi fowler, dan diberikan kolaborasi inotropik hasilnya diberikan dobutamin 3 mcg/kgbb, vascon 0,09 mcg/kgbb sehingga dapat meningkatkan hemodimaim pasien.

Perawatan sirkulasi

Periksa sirkulasi perifer hasilnya nadi: 11 x/menit, edema perifer, kulit tampak pucat, memonitor bengkak pada ekstremitas hasilnya terdapat edema pada unggai dan jari-jari tangan, melakukan hidrasi dengan pemberian infus 2 line diberikan cairan NaCL 0,9% dan RL, dan melakukan pemberian penurun anti koagulan coctail.

- d. Implementasi diagnosis keempat: Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. Dari hasil Analisa tidak dilaksanakan sesuai intervensi yang dibuat penulis dikarenakan pasien masih dalam kondisi puasa dan tidak

dilakukan penggunaan obat pencahar disebabkan pasien selesai melakukan operasi laparotomy sehingga masih membutuhkan penanganan untuk menilai cairan lambung yang keluar.

- e. Implementasi diagnosis ke lima: Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Dari hasil Analisa sudah dilaksanakan sesuai intervensi yang dibuat penulis tanpa ada hambatan akan tetapi dengan dilakukan pemberian nutrisi parenteral (albumin 20%) selama 2 hari belum ada peningkatan saat monitor Kembali nilai laboratorium
- f. Implementasi diagnosis ke enam: Resiko infeksi dibuktikan dengan factor resiko efek prosedur invasive. Dari hasil Analisa implementasi ini dilaksanakan diberikan antibiotic selama 3 hari akan tetapi untuk dilakukan perawatan luka dan didapatkan hasil tampak ada kemerahan pada daerah sekitar luka, suhu 37°C , WB 11,3 mm³ dan Panjang luka sekitar 30cm dilaksanakan pada hari ke 3 setelah dilakukan post op laparotomy.

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga Kesehatan lainnya. Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, penulis melakukan evaluasi akhir asuhan keperawatan yang tela diberikan:

- a. Evaluasi akhir diagnosis pertama: hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tujuan dan kriteria hasil tercapai nadi teraba lemah, nadi: 100x/menit, frekuensi nadi

membaik, tugor kulit meningkat, urin 30cc/8 jam, mukosa kering, TD: 95/64mmhg. Dari 6 kriteria hasil yang disusun hanya 4 yang terpenuhi. Maka data yang tersebut menunjukkan bahwa masalah hipovolemi teratasi Sebagian.

- b. Evaluasi akhir diagnosis kedua: Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot. Tujuan dan kriteria hasil tercapai volume tidal : 350, pasien tidak menggunakan otot bantu napas ventilasi mekanik, PCO₂: 36,8, PO₂: 200, nadi: 100x/menit, terpasang nasal kanul 4 liter dengan saturasi oksigen 99%. Dari 5 kriteria hasil yang disusun semua terpenuhi dan teratasi Sebagian akan tetapi tidak ada evaluasi Kembali untuk pemeriksaan AGD untuk menilai PCO₂ dan PO₂.
- c. Evaluasi akhir diagnosis ketiga: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Tujuan dan kriteria hasil tercapai nadi 100x/menit, akral teraba hangat, tampak edema pada tungkai, CRT Kembali dalam 3 detik, TD: 95/64 mmhg. Dari 5 kriteria hasil yang disusun 3 kriteria dalam rentang normal maka, data tersebut menunjukkan penurunan curah jantung teratasi Sebagian.
- d. Evaluasi akhir diagnosis kelima: Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient. Tujuan dan kriteria hasil serum albumin: 2,0 g/dl, peristaltic usus 5x/menit, mukosa kering, tampak terpasang NGT untuk membilas lambung. Dari 4 kriteria tidak ada hasil yang tercapai dan tidakan yang dilakukan belum teratasi
- e. Evaluasi akhir diagnosis keenam: Resiko infeksi dibuktikan dengan factor resiko efek prosedur invasive. Tujuan dan kriteria yang tercapai suhu: 37⁰C, tampak luka kemerahan, WBC:11,37 mm³. Dari 3 kriteria yang teratasi hanya 1 yang terpenuhi yaitu

suhu kembalidalam keadaan normal. Maka, data tersebut menunjukkan bahwa resiko infeksi masih ada.

B. Pembahasan penerapan EBN

1. Judul EBN kasus

Pengaruh posisi *Passive legs Raising* terhadap syok hipovolemik.

2. Diagnosis keperawatan

Hipovolemik berhubungan dengan kehilangan cairan aktif d.d Nadi: 155x/menit, turgor kulit menurun, TD:53/43 mmhg, nadi teraba lemah, tampak mukosa kering, urine 300cc/12 jam

3. Luaran yang diharapkan

Status cairan membaik dengan kriteria hasil: Kekuatan nadi cukup meningkat, turgor kulit meningkat, output urine meningkat, tekanan darah cukup membaik, frekuensi nadi cukup membaik, membran mukosa cukup membaik

4. Intervensi prioritas pada kasus askep

Manajemen syok hipovolemik

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. *Pengertian Tindakan*

Passive Legs Raising adalah suatu teknik yang dapat meningkatkan aliran darah balik ke jantung dengan cara meninggikan ekstremitas bawah setinggi 45 derajat selama 5 menit. dimana posisi ini berpotensi untuk meningkatkan volume darah intrathoraks, preload jantung, dan selanjutnya curah jantung, dengan mengubah aliran darah vena dari kaki ke rongga thoraks.

Pada kasus, pasien mengalami syok hipovolemik sehingga dilakukan rehidrasi cairan dan diberikan posisi passive leg raising yang akan menyebabkan aliran darah vena yang ada pada ekstremitas bawah akan naik ke bagian sentral tubuh yaitu

kavitas jantung, sehingga dapat meningkatkan curah jantung yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, Kembali normalnya tekanan nadi secara perlahan serta Kembali optimalnya hantaran oksigen dan perfusi jaringan yang menyebabkan terpenuhinya pengisian kapiler (Monnet & Teboul, 2015). Menurut Dong. Z, (2012) yang berjudul “PLR *an Indicator of Fluid responsiveness with Hypovolemia*”, mengatakan bahwa dari 32 pasien, 22 pasien tersebut respon terhadap PLR dan 10 pasien tidak respon. Untuk 22 pasien yang respon tersebut terlihat adanya peningkatan tekanan darah sebelum, saat PLR, dan setelah PLR. Begitu pula dengan *heart rate*. Saat dilakukan *Passive Legs Raising* akan terjadi pengisian volume darah sebanyak ± 450 mL ke jantung yang berasal dari sirkulasi darah tungkai (Rahmawati et al., 2021).

b. Tujuan /rasional EBN dan pada kasus askep

Tujuan dilakukannya *Passive Legs Raising* adalah untuk meningkatkan preload dan stroke volume dengan cara meningkatkan aliran darah balik vena dari tungkai kaki menuju kompartemen intratorakal dan menilai pengaruhnya terhadap curah jantung dan MAP (Rahmawati et al., 2021).

1) P (*Population*)

Dalam penulisan karya tulis akhir ini, ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis syok hipovolemik. pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 1 Mei 2022 terhadap Ny. N, umur 62 tahun tanda dan gejala yang didapatkan yaitu tekanan darah: 53/34 mmhg, Nadi: 155x/menit, Suhu: 36,7⁰c, respirasi:10x/menit, saturasi oksigen 100% menggunakan ventilator dengan mode VC-AC, CRT >3 detik, Nadi teraba lemah, akral teraba dingin, tampak warna kulit pucat, tampak konjungtiva pucat, tampak mata cekung, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.

2) I (*Intervention*)

Penulis menggunakan manuver *Passive legs Raising (PLR)* untuk meningkatkan preload dan stroke volume pada pasien syok hipovolemik. *Passive Leg Raising* diberikan dengan memposisikan pasien pada posisi terlentang dengan kaki lebih tinggi dibanding kepala, menggunakan bantal dan ditempat tidur yang datar, posisikan pasien tidur terlentang dengan kaki menggunakan bantal atau tempat tidur dinaikan dengan posisi 45°. Di observasi sebelum dan setelah 15 menit pemberian posisi PLR dengan mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi.

Prosedur kerja

1. Mencuci tangan
2. Observasi keadaan pasien
3. Pasang pengaman pada tempat tidur pasien
4. Memeriksa tanda-tanda vital awal pasien
5. Memberikan posisi PLR (45°) dengan cara menaikan kaki pasien menggunakan bantal atau tempat tidur yang bisa diatur selama 15 menit
6. Memeriksa tanda-tanda vital pasien
7. Lakukan tindakan peberiam posisi *passive leg raising* berulang
8. Mencatat hasil pemeriksaan ke lembar observasi
9. Merapikan pasien
10. Mencuci tangan

3) C (*Comparison*)

Berdasarkan asuhan keperawatan yang dilakukan bagi Ny.N umur 62 tahun di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, yaitu dengan dengan memberikan manuver *Passive Leg Raising* (PLR) selama 2 jam kemudian dilanjutkan dengan resusitasi cairan Normal Saline (Ns 0,9%) 500 ml dan Ringer laktat 500 ml, menunjukkan bahwa *Passive Leg Raising* dapat memberikan perubahan pada hemodinamik pasien syok. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan pada aliran balik darah ke jantung (*venous return*) dengan hasil pasien menunjukkan adanya peningkatan nilai tekanan darah, penurunan frekuensi nadi, peningkatan SPO₂, akral teraba hangat, pengisian kapiler membaik. yaitu sebelum diberikan PLR, tekanan darah: 74/56mmhg, nadi: 145x/m, suhu: 37°C, frekuensi napas: 20, CRT: >3 detik, Akral teraba dingin dan setelah diberikan PLR, hemodinamik pasien membaik, yaitu: tekanan darah: 89/62mmhg, Nadi: 137x/m, suhu 36,6°C, napas: 21x/m, CRT<3 detik, akral teraba hangat.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ira Rahmawati, dkk (2021) dengan judul "Pengaruh *Passive Leg Raising* Pada Syok Hipovolemik" yang menjadi *Evidence Based Nursing* (EBN) pada asuhan keperawatan ini. Terjadi peningkatan *Mean Arterial Pressure* (MAP) setelah intervensi diberikan selama lima menit dilanjutkan dengan resusitasi cairan dengan 1000 ml Normal Saline hangat. Pasien merespon dengan baik intervensi yang diberikan di UGD dan dikirim ke Bangsal Menengah untuk perawatan lebih lanjut.

Jika dibandingkan cara yang dilakukan oleh penulis dengan memberikan rehidrasi cairan Normal Saline (Ns 0,9%) 500 ml dan Ringer laktat 500 ml dilanjutkan dengan posisi *Passive Leg Raising* selama 2 jam dan dengan cara

yang dilakukan oleh peneliti pada EBN yaitu dengan memberikan Passive Leg Raising selama 5 menit dan dilanjutkan dengan resusitasi cairan dengan 1000 ml Normal Saline, intervensi pada kasus lebih efektif karena diberikan rehidrasi cairan terlebih dahulu setelah itu dilanjutkan dengan passive leg raising dalam waktu waktu 2 jam, akan menstabilkan status hemodinamik pasien dan terpenuhinya cairan sampai ke perifer. Sedangkan waktu 5 menit merupakan waktu yang sangat singkat untuk menstabilkan hemodinamik pasien.

4) O (*Outcome*)

Dari hasil intervensi *Passive legs Raising (PLR)* pada pasien Ny. N umur 62 tahun, hasil yang didapatkan yaitu terjadi kestabilan hemodinamik dengan adanya peningkatan tekanan darah setelah, penurunan frekuensi nadi (dalam batas normal), pengisian kapiler perifer membaik. Intervensi diberikan selama 2 jam dilanjutkan dengan resusitasi cairan 500 ml Normal Saline (Ns 0,9%) dan 500 ml Ringer laktat.

Lembar observasi pasien sebelum dan sesudah pemberian posisi PLR

Sebelum PLR	Sesudah PLR
Tekanan Darah : 74/56mmhg	Tekanan darah : 89/62mmhg
Nadi : 145x/m	Nadi : 137x/m
Suhu : 37°C	Suhu : 36,6 °c
Frekuensi napas : 20	Frekuensi napas: 21x/m
SPO2 : 100%	SPO2 : 100%
CRT : >3 detik	CRT : <3 detik
Akral : teraba dingin	Akral : teraba hangat

Sama halnya dengan hasil yang didapatkan pada penelitian yang menjadi *Evidence Based Nursing* yaitu terjadi peningkatan *Mean Arterial Pressure* (MAP) setelah intervensi diberikan selama lima menit dilanjutkan dengan resusitasi cairan dengan 1000 ml Normal Saline hangat. Pasien merespon dengan baik intervensi yang diberikan di UGD dan dikirim ke Bangsal Menengah untuk perawatan lebih lanjut. Sebuah penelitian yang dilakukan pada tahun 2015 mengukur curah jantung (CO), volume sekuncup (SV), detak jantung dan tekanan darah pada awal, selama pengangkatan posisi diberikan dan setelah pemuatan cairan. Studi ini menemukan bahwa CO dan SV meningkat lebih dari 12% selama manuver PLR, membuktikan bahwa PLR yang dapat diandalkan untuk memprediksi perbaikan hemodinamik setelah resusitasi cairan.

5) T (*Time*)

Intervensi *Passive legs Raising* dilakukan pada tanggal 02 sampai tanggal 03 Juni 2022 di ruang ICU rumah sakit Bhayangkara Makassar.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Pada dasarnya penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan syok hipovolemik sama dan sejalan antara teori dan kasus. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan teori pada kasus kelolaan dengan masalah keperawatan syok hipovolemik dengan penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Berdasarkan hasil penyusunan karya ilmiah akhir ini didapatkan simpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pengkajian, keluhan utama yang dialami pasien kasus adalah pasien mengalami gagal napas yang disebabkan terjadi perdarahan saat melakukan prosedur operasi laparatomy sehingga pasien mengalami syok hipovolemik dengan tanda dan gejala TD: 53/34 mmhg, Nadi: 155 x/menit, respirasi: 10 x/menit, saturasi oksigen sebelum pemasangan oksigen 65%, CRT: >5 detik, nadi teraba lemah, akral dingin, tampak warna kulit pucat, turgor kulit menurun, hidrasi kulit >3 detik, oliguri.
2. Berdasarkan hasil pengkajian kasus kelolaan tersebut didapatkan diagnosis utama yaitu hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane tampak mukosa kering, oliguri. diagnosis kedua yaitu gangguan ventilasi dpontan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan, diagnosis ketiga yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, diagnosis keempat yaitu konstipasi berhubungan penurunan motilitas gastrointestinal, diagnosis kelima yaitu resiko deficit nutrisi

dibuktikan dengan factor resiko ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, diagnosis keenam yaitu resiko infeksi dibuktikan dengan factor resiko efek prosedur infeksi.

3. Rencana keperawatan yang ditetapkan penulis pada prinsipnya yang terdapat dalam tinjauan teortitis meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
4. Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dan diabntu rekan dan perawat sehingga dapat telaksana.
5. Evaluasi dilakukan pada diagnosis pertama yaitu hipovolemi, hasil evaluasi dari pasien kasus menunjukkan adanya peningkatan hemodinamik setelah diberikan implementasi selama 3 hari dengan ekspektasi status cairan membaik dan teratasi sebagian. diagnosis kedua yaitu gangguan ventilasi spontan hasil evaluasi dilakukan selama 3 hari masalah teratasi Sebagian, diagnosis ketiga yaitu penurunan curah jantung yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan curah jantung membaikdengan hasil evaluasi masalah teratasi Sebagian, diagnosis keempat yaitu deficit nutrisi selama 3 hari tidak menunjukkan adanya perubahan sehingga masalah belum teratasi dan diagnosis kelima yaitu resiko infeksi dialakukan pada hari ketiga setelah operasi dan hasil evaluasi belum teratasi.
6. Intervensi EBN *passive leg raising* yang diberikan pada pasien kasus memperoleh hasil yang cukup baik dimana pasien mengalami peningkatan hemodinamik dan perbaikan tingkat kesadaran pasien setelah diberikan intervensi. Disimpulkan bahwa intervensi pemberian posisi *passive leg raising* dapat mengatasi masalah hipovolemia pada pasien syok hipovolemik di Ruang *Intensive Care* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

B. Saran

Dengan disusunnya dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan syok hipovolemik sebagai karya ilmiah akhir Ners diharapkan dapat memberikan masukan terutama pada:

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan bagi petugas kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien syok hipovolemik

2. Bagi profesi keperawatan




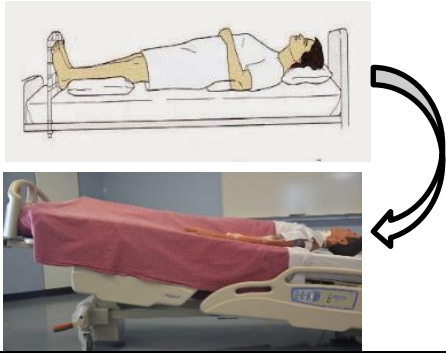
Diharapkan lebih *holistic* dalam memberikan EBN dan memodifikasi penanganan syok hipovolemik dapat memanfaatkan dan memaksimalkan implementasi pemberian posisi *passive leg raising* untuk meminimalkan risiko *overload* cairan dan memaksimalkan pemberian resusitasi cairan pada pasien dengan syok hipovolemik



3. Bagi institusi keperawatan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi mahasiswa/i dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien syok hipovolemik

Lampiran 1

Standar Operasional Prosedur (SOP) posisi *Passive Leg Raising* (PLR)

fase orientasi	
1. mengucapkan salam 2. memperkenalkan diri 3. menjelaskan tujuan 4. menjelaskan prosedur tindakan	
Prosedur kerja	Gambar
Mencuci tangan	
Observasi keadaan pasien	
Pasang pengaman pada tempat tidur pasien	
Memeriksa tanda-tanda vital awal pasien	
Memberikan posisi PLR (45°) dengan cara menaikkan kaki pasien menggunakan bantal atau tempat tidur yang bisa diatur selama 15 menit	

Memeriksa tanda-tanda vital pasien	
Lakukan tindakan peberian posisi <i>passive leg raising</i> berulang	
Mencatat hasil pemeriksaan kelembar observasi	
Merapikan pasien	
Mencuci tangan	
Tahap Terminasi	
<ol style="list-style-type: none"> 1. mengevaluasi Tindakan 2. menjelaskan rencana tindak lanjut 3. mengucapkan salam 	

Lampiran 2

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**A. Identitas Pribadi**

Nama : Lely Carolin Latulola
 Tempat/Tanggal Lahir : Tawiri, 23 Juli 1999
 jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Kristen Protestan
 Alamat : Jalan Maipa Lorong 35

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Arcilaus Latulola
 Ibu : Novalin Latulola
 Agama : Kristen Protestan
 Pekerjaan
 Ayah : Swasta
 Ibu : Ibu Rumah Tangga
 Alamat : Tawiri, Ambon

C. Pendidikan Yang Ditempuh

TK Mulawana Tawiri : 2003-2005
 SD Inpres 59 Tawiri : 2005-2011
 SMPN 15 Ambon : 2011-2014
 SMK Kesehatan Ambon : 2014-2017
 STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : 2017-2021
 STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : 2021-sekarang

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Pribadi

Nama : Lina Malaihollo
Tempat/Tanggal Lahir : Masohi, 27 Juli 1997
jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jalan Datumuseng no 22

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Rudolf. B. Malaihollo
Ibu : Selfana.H. Malaihollo
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan
Ayah : Pensiunan PLN
Ibu : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jln. PHB Halong Atas

C. Pendidikan Yang Ditempuh

SD Inpres 51 Halong Ambon : 2004-2010
SMP Negeri 12 Ambon : 2010-2013
SMK Kesehatan Ambon : 2013-2016
STIKES Pasapua Ambon : 2016-2020
STIK Stella Maris : 2021-sekarang

DAFTAR PUSTAKA

- Andriati, R., & Trisutrisno, D. (2021). Pengaruh Resusitasi Cairan Terhadap Status Hemodinamik Mean Arterial Pressure (MAP) pada Pasien Syok Hipovolemik di IGD RSUD Balaraja. *Medical Surgical Concerns*, 1(1), 1–13.
https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/bitstream/handle/11617/2043/BIK_Vol_2_No_2_8_Enita_Dewi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bastian, L. (2019). Syok Hemoragik. *Universitas Sumatera Utara*, 1–18.
- Danusantoso, M. M. (2016). Pengukuran Indeks Syok untuk Deteksi Dini Syok Hipovolemik pada Anak dengan Takikardia: telaah terhadap perubahan indeks isi sekuncup. *Sari Pediatri*, 15(5), 319.
<https://doi.org/10.14238/sp15.5.2014.319-24>
- Dewi, E., & Rahayu, S. (2019). Kegawatdaruratan Syok Hipovolemik. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 2, 93–96.
<https://doi.org/10.23917/bik.v2i2.3799>
- Fatimah, S., Surur, M. A., A'tourrohman, M., Rohman, A., & Khumaera, F. (2019). Koagulasi dan Komposisi darah. *Fisiologi Hewan*, 20(May), 1–12.
- Fitria, C. N. (2010). Penanganan Syok. *Gaster*, 7(2), 593–604.
<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/3341>
- Groeneveld, A. B. J. (2015). Hypovolemic Shock. *Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult*, 2016(1602511171), 485–520. <https://doi.org/10.1016/B978-032304841-5.50029-7>
- Hardisman, H. (2015). Memahami Patofisiologi dan Aspek Klinis Syok Hipovolemik: Update dan Penyegar. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(3), 178. <https://doi.org/10.25077/jka.v2i3.167>
- Hidayatulloh, M. A. N., Supriyadi, & Sriningsih, I. (2016). Pengaruh Resusitasi Cairan Terhadap Status Hemodinamik (Map), Dan Status Mental (Gcs) Pada Pasien Syok Hipovolemik Di Igd Rsud Dr. Meowardi Surakarta. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 8(2), 222–229.
<http://182.253.197.100/e-journal/index.php/jikk/article/view/376>
- Junaedi, Sargowo, J., & Nasution, T. H. (2016). Shock Index (Si) Dn Mean Arterial Pressure (Map) Sebagai Prediktor Kematian Pada Pasien Syok Hipovolemik Di Rsud Gunung Jati Cirebon. *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti*, 4(April), 45–59. <https://jurnal.poltekkes-soepraoen.ac.id/index.php/HWS/article/view/141>

- Monnet, X., & Teboul, J. L. (2015). Passive leg raising: Five rules, not a drop of fluid! *Critical Care*, 19(1), 18–20. <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0708-5>
- Munro, R. (2015). *Paramedic–Evidence Based Medicine (P-EBP) Program Paramedic–Evidence Based Medicine (P-EBP) Program*. 2–4.
- Nursalam, Sumiatun, & Musrini, A. (2016). Discharge Planning Increase Therapy Obedient of Patients. *Jurnal Ners*, 3(2). <http://ejournal.unair.ac.id/index.php/JNERS/article/view/5003>
- Pardede, S. O., Djer, M. M., Cahyani, F. S., Ambarsari, G., Soebadi, A., Kedokteran, P., & Lxiv, B. (n.d.). *FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA DEPARTEMEN ILMU KESEHATAN ANAK Penyunting: Tata Laksana Berbagai Keadaan Gawat Darurat pada Anak*.
- Rahayu, S. (n.d.). *Enita Dewi * Sri Rahayu ** Abstract Key word: emergency , management , hypovolemic shock Enita Dewi Dosen Keperawatan FIK UMS . Jl . A . Yani Tromol Post 1 Kartasura Dosen Keperawatan FIK UMS . Jl . A . Yani Tromol Post 1 Kartasura*. 93–96.
- Rahmawati, I., Dilaruri, A., Sulastyawati, & Supono. (2021). The Role of Passive legs Raising Position in Hypovolemic Shock: A Case Report and Review of the Literature. *Journal Of Nursing Practice*, 4(2), 177–184. <https://doi.org/10.30994/jnp.v4i2.130>
- Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi Sulawesi Selatan Riskesdas 2018. In *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan* (Vol. 110, Issue 9). <http://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/lpb/article/view/3658>
- Saadah, S. (2018). Sistem Peredaran Darah Manusia. *8 Februari*, 1–58. <https://idschool.net/smp/sistem-peredaran-darah-manusia/>
- Salma. (2021). *Asuhan Keperawatan Hipovolemik pada pasien Syok Hipovolemik di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianjar 2021*. 6.
- Saputra, D. N., Rahman, A., & Sutanto, B. (2021). Tatalaksana syok hipovolemik pada perdarahan intraabdominal. *Proceeding Book National Symposium and Workshop Continuing Medical Education XIV*. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/handle/11617/12785>
- Siswanto. (2017). Darah dan Cairan Tubuh. *Diktat Fisiologi Veteriner 1*, 1–49.
- Tafwid, M. I. (2018). Tatalaksana Syok Hipovolemik Et Causa Suspek Intra Abdominal Hemorrhagic Post Sectio Caesaria. *Jurnal Agromed Unila*, 2(3), 203–210.

TARIGAN, R. G. R. (2021). *LITERATURE REVIEW: PENGARUH RESUSITASI CAIRAN PADA PASIEN DENGAN SYOK HIPOVOLEMIK TERHADAP PERUBAHAN HEMODINAMIK.*
file:///C:/Users/hewlett-packard/Downloads/31687-37932-1-PB.pdf%0AFile:///C:/Users/hewlett-packard/Downloads/4043-13492-1-PB.pdf

Wahyuni, S. (2018). *Penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien.*