

# STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN

*Dokumentasi  
Perencanaan dan Implementasi  
Asuhan Keperawatan*

Dengan 12 Diagnosa Keperawatan :

- Ansietas
- Defisiensi Pengetahuan
- Gangguan Eliminasi Urin
- Gangguan Rasa Nyaman
- Hambatan Mobilitas Fisik
- Insomnia
- Intoleransi Aktifitas
- Ketidakefektifan Pola Napas
- Ketidakseimbangan Nutrisi: Kurang Dari Kebutuhan tubuh
- Nyeri Akut
- Risiko Infeksi
- Risiko Kerusakan Integritas Kulit

\*NANDA International 2012-2014  
NIC & NOC



Ruang 19 RS Saiful Anwar  
PSIK B-2010, Universitas Brawijaya Malang  
2012



# Ansietas

## DEFINISI

Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu)

Perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman

## BATASAN KARAKTERISTIK

### *Perilaku*

- Penurunan produktivitas
- Gerakan yang irelevan
- Gelisah
- Melihat sepintas
- Insomnia
- Kontak mata yang buruk
- Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup
- Agitasi
- Mengintai
- Tampak waspada

### *Afektif*

- Gelisah
- Kesedihan yang mendalam
- Distres
- Ketakutan
- Perasaan tidak adekuat
- Berfokus pada diri sendiri
- Peningkatan kewaspadaan
- Iritabilitas
- Gugup
- Senang berlebihan
- Rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan
- Peningkatan rasa ketidakberdayaan yang bersisten
- Bingung
- Menyesal
- Ragu/tidak percaya diri
- Khawatir

### *Fisiologis*

- Wajah tegang
- Tremor tangan
- Peningkatan keringat
- Peningkatan ketegangan
- Gemetar
- Tremor
- Suara bergetar

### *Simpatik*

- Anoreksia
- Eksitasi kardiovaskuler
- Diare
- Mulut kering
- Wajah merah
- Jantung berdebar-debar
- Peningkatan tekanan darah
- Peningkatan denyut nadi
- Peningkatan refleks
- Peningkatan frekuensi pernapasan
- Pupil melebar
- Kesulitan bernapas
- Vasokonstriksi superfisial
- Kedutan pada otot
- Lemah

### *Parasimpatik*

- Nyeri abdomen
- Penurunan tekanan darah
- Penurunan denyut nadi
- Diare
- Vertigo
- Letih
- Mual
- Gangguan tidur
- Kesemutan pada ekstremitas
- Sering berkemih
- *Anyang-anyangan*
- Dorongan segera berkemih

### *Kognitif*

- Menyadari gejala fisiologis
- Bloking pikiran
- Konfusi
- Penurunan lapang persepsi
- Kesulitan berkonsentrasi
- Penurunan kemampuan belajar
- Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah
- Ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik
- Lupa
- Gangguan perhatian
- Khawatir
- Melamun
- Cenderung menyalahkan orang lain

### **FAKTOR YANG BERHUBUNGAN**

- Perubahan dalam:
  - Status ekonomi
  - Lingkungan
  - Status kesehatan
  - Pola interaksi
  - Fungsi peran
  - Status peran
- Pemajanan toksin
- Terkait keluarga
- Herediter
- Ancaman pada:
  - Status ekonomi
  - Lingkungan
  - Status kesehatan
  - Pola interaksi
  - Fungsi peran
  - Konsep diri
- Infeksi/kontaminasi interpersonal
- Penularan penyakit interpersonal
- Krisis maturasi
- Krisis situasional
- Stres
- Penyalahgunaan zat
- Ancaman kematian
- Konflik yang tidak disadari mengenai tujuan penting
- Konflik yang tidak disadari mengenai nilai yang esensial/penting
- Kebutuhan yang tidak terpenuhi

# Defisiensi Pengetahuan

## DEFINISI

Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Perilaku hiperbola
- Ketidakakuratan mengikuti perintah
- Ketidakakuratan melakukan tes
- Perilaku tidak tepat (misalnya histeria, bermusuhan, agitasi, apatis)
- Pengungkapan masalah

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Keterbatasan kognitif
- Salah interpretasi informasi
- Kurang pajanan
- Kurang minat dalam belajar
- Kurang dapat mengingat
- Tidak familier dengan sumber informasi

# Gangguan Eliminasi Urin

## DEFINISI

Disfungsi pada eliminasi urin

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Disuria
- Sering berkemih
- *Anyang-anyangan*
- Inkontinesnsia
- Nokturia
- Retensi
- Dorongan

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Obstruksi anatomik
- Penyebab multipel
- Gangguan sensori motorik
- Infeksi saluran kemih

# Gangguan Rasa Nyaman

## DEFINISI

Merasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Ansietas
- Menangis
- Gangguan pola tidur
- Takut
- Ketidakmampuan untuk relaks
- Iritabilitas
- Merintih
- Melaporkan merasa dingin
- Melaporkan merasa panas
- Melaporkan perasaan tidak nyaman
- Melaporkan gejala distres
- Melaporkan rasa lapar
- Melaporkan rasa gatal
- Melaporkan kurang puas dengan keadaan
- Melaporkan kurang senang dengan situasi tersebut
- Gelisah
- Berkeluh kesah

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Gejala terkait penyakit
- Sumber yang tidak adekuat (misalnya dukungan finansial dan sosial)
- Kurang pengendalian lingkungan
- Kurang privasi
- Kurang kontrol situasional
- Stimulasi lingkungan yang mengganggu
- Efek samping terkait terapi (misalnya medikasi, radiasi)



# Hambatan Mobilitas Fisik

## DEFINISI

Keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Penurunan waktu reaksi
- Kesulitan membolak-balik posisi
- Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (misalnya meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada ketunadayaan/aktivitas sebelum sakit)
- Dispnea setelah beraktivitas
- Perubahan cara jalan
- Gerakan bergetar
- Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus
- Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar
- Keterbatasan rentang pergerakan sendi
- Tremor akibat pergerakan
- Ketidakstabilan postur
- Pergerakan lambat
- Pergerakan tidak terkoordinasi

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Intoleran aktivitas
- Perubahan metabolisme seluler
- Ansietas
- Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia
- Gangguan kognitif
- Kontraktur
- Kepercayaan budaya tentang aktivitas sesuai usia
- Fisik tidak bugar
- Penurunan ketahanan tubuh
- Penurunan kendali otot
- Penurunan masa otot
- Malnutrisi
- Gangguan muskuloskeletal
- Gangguan neuromuskular
- Nyeri
- Agens obat
- Penurunan kekuatan otot
- Kurang pengetahuan tentang nilai aktivitas fisik
- Keadaan *mood* depresif
- Keterlambatan perkembangan
- Ketidaknyamanan
- *Disuse*
- Kaku sendi
- Kurang dukungan lingkungan (misalnya fisik atau sosial)
- Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler
- Kerusakan integritas struktur tulang
- Program pembatasan gerak
- Keengganan memulai pergerakan
- Gaya hidup monoton
- Gangguan sensori perseptual

# Insomnia

## DEFINISI

Gangguan pada kuantitas dan kualitas tidur yang menghambat fungsi

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Sering membolos (misalkan kerja, sekolah)
- Afek tampak berubah
- Tampak kurang bergairah
- Menyatakan perubahan alam perasaan
- Menyatakan penurunan status kesehatan
- Menyatakan sulit konsentrasi
- Menyatakan sulit tertidur
- Menyatakan sulit tidur nyenyak
- Menyatakan kurang puas tidur (saat ini)
- Menyatakan peningkatan terjadi kecelakaan
- Menyatakan kurang bergairah
- Menyatakan sulit tidur kembali setelah terbangun
- Menyatakan gangguan tidur yang berdampak pada keesokan hari
- Menyatakan bangun terlalu pagi

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Pola aktivitas (misalkan waktu, kuantitas)
- Ansietas
- Depresi
- Faktor lingkungan (misalnya kebisingan lingkungan sekitar, pajanan terhadap cahaya/gelap, suhu/kelembapan lingkungan sekitar, tatanan yang tidak familier)
- Ketakutan
- Tidur siang terlalu lama
- Perubahan hormon terkait kelamin
- berduka
- Gangguan pola tidur normal (misal berpekerjaan, kerja *shift*)
- Higiene tidur tidak adekuat (saat ini)
- Konsumsi alkohol
- Konsumsi stimulan
- Tidur terputus
- Tanggung jawab orang tua
- Obat
- Ketidaknyamanan fisik (misalnya nyeri, napas pendek, batuk, refluks gastroesofagus, mual, inkontinensia/urgensi)
- Stres (misal pola/kebiasaan merenung sebelum tidur)



# Intoleran Aktivitas

## DEFINISI

Ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas
- Respons frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas
- Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia
- Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia
- Ketidaknyamanan setelah beraktivitas
- Dispnea setelah beraktivitas
- Menyatakan merasa letih
- Menyatakan merasa lemah

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Tirah baring
- Kelemahan umum
- Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- Imobilitas
- Gaya hidup monoton

# Ketidakefektifan Pola Napas

## DEFINISI

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Perubahan kedalaman pernapasan
- Perubahan ekskursi dada
- Mengambil posisi tiga titik
- Bradipnea
- Penurunan tekanan ekspirasi
- Penurunan tekanan inspirasi
- Penurunan ventilasi semenit
- Penurunan kapasitas vital
- Dispnea
- Peningkatan diameter anterior-posterior
- Pernapasan cuping hidung
- Ortopnea
- Fase ekspirasi memanjang
- Pernapasan bibir
- Takipnea
- Penggunaan otot aksesorius untuk bernapas

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Ansietas
- Posisi tubuh
- Deformitas tulang
- Deformitas dinding dada
- Kelelahan
- Hiperventilasi
- Sindrom hipoventilasi
- Gangguan muskuloskeletal
- Kerusakan neurologis
- Imaturitas neurologis
- Disfungsi neuromuskular
- Obesitas
- Nyeri
- Kelelahan otot pernapasan
- Cedera medula spinalis

# Ketidakseimbangan Nutrisi: Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

## DEFINISI

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Kram abdomen
- Nyeri abdomen
- Menghindari makan
- Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal
- Kerapuhan kapiler
- Diare
- Kehilangan rambut berlebihan
- Bising usus hiperaktif
- Kurang makan
- Kurang informasi
- Kurang minat pada makanan
- Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat
- Kesalahan konsepsi
- Kesalahan informasi
- Membran mukosa pucat
- Ketidakmampuan memakan makanan
- Tonus otot menurun
- Mengeluh gangguan sensasi rasa
- Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (*Recommended daily allowance*)
- Cepat kenyang setelah makan
- Sariawan rongga mulut
- Steatorrea
- Kelemahan otot pengunyah
- Kelemahan otot untuk menelan

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Faktor biologis
- Faktor ekonomi
- Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
- Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- Ketidakmampuan menelan makanan
- Faktor psikologis

# Nyeri Akut

## DEFINISI

Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*)

Awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan

## BATASAN KARAKTERISTIK

- Perubahan selera makan
- Perubahan tekanan darah
- Perubahan frekuensi jantung
- Perubahan frekuensi pernapasan
- Laporan isyarat
- Diaforesis
- Perilaku distraksi (misalnya berjalan mondar-mandir, mencari orang lain dan/atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)
- Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, merengek, menangis, waspada, iritabilitas, mendesah)
- Masker wajah (misalnya wajah kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus, meringis)
- Sikap melindungi area nyeri
- Fokus menyempit (misalnya gangguan persepsi nyeri, hambatan proses nyeri, hambatan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
- Inikasi nyeri yang dapat diamati
- Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- Sikap tubuh melindungi
- Dilatasi pupil
- Melaporkan nyeri secara verbal
- Fokus pada diri sendiri
- Gangguan tidur

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

- Agens cedera (misalnya biologis, zat kimia, fisik, psikologis)

# Risiko Infeksi

## DEFINISI

Mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik

## FAKTOR RISIKO

- Penyakit kronis
  - Diabetes melitus
  - Obesitas
- Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen
- Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat
  - Gangguan peristalsis
  - Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)
  - Perubahan sekresi pH
  - Penurunan kerja siliaris
  - Pecah ketubah dini
  - Pecah ketuban lama
  - Merokok
  - Stasis cairan tubuh
  - Trauma jaringan (misalnya trauma, destruksi jaringan)
- Ketidakadekuatan pertahanan sekunder
  - Penurunan hemoglobin
  - Imunosupresi (misalnya imunitas didapat tidak adekuat; agens farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator)
  - Leukopenia
  - Supresi respons inflamasi
- Vaksinasi tidak adekuat
- Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat
  - Wabah
- malnutrisi

# Risiko Kerusakan Integritas Kulit

## DEFINISI

Berisiko mengalami perubahan kulit yang buruk

## FAKTOR RISIKO

### *EKsternal*

- Zat kimia
- Ekskresi
- Usia yang ekstrem
- Hipertermia
- Hipotermia
- Humiditas
- Faktor mekanik (misalnya gaya gunting {*shearing force*}, tekanan pengekangan)
- Lembap
- Imobilisasi fisik
- Radiasi
- sekresi

### *Internal*

- Perubahan pigmentasi
- Perubahan turgor kulit
- Faktor perkembangan
- Kondisi ketidakseimbangan nutrisi (obesitas, emasi/ kurus kerempeng)
- Gangguan sirkulasi
- Gangguan kondisi metabolik
- Gangguan sensasi
- Faktor imunologi
- Medikasi
- Faktor psikogenetik
- Tonjolan tulang

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>ANSIETAS</b>	Pengurangan Ansietas 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Berikan informasi mengenai diagnosis, tindakan medis dan prognosis. 3. Motivasi keluarga untuk menemani pasien 4. Dengarkan pasien dengan penuh perhatian 5. Identifikasi tingkat kecemasan 6. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsi 7. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi 8. Evaluasi tanda-tanda vital 9. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi 10. 11. 12.	<input type="checkbox"/> Menggunakan pendekatan yang menenangkan <input type="checkbox"/> Memberikan informasi mengenai diagnosis, tindakan medis dan prognosis <input type="checkbox"/> Menyarankan kepada keluarga untuk menemani pasien <input type="checkbox"/> Mendengarkan pasien dengan penuh perhatian <input type="checkbox"/> Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien <input type="checkbox"/> Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsi <input type="checkbox"/> Menginstruksikan kepada pasien untuk menggunakan teknik relaksasi <input type="checkbox"/> Mengevaluasi tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Berkolaborasi dalam pemberian terapi farmakologi ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S: .....  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala Cemas : ...</li> <li>• Gelisah +/-</li> <li>• Wajah tegang +/-</li> <li>• Nampak waspada +/-</li> <li>• Penigkatan keringat +/-</li> <li>• Gangguan tidur +/-</li> <li>• Melamun +/-</li> <li>• Konsentrasi menurun +/-</li> <li>• TTV</li> <li>TD :</li> <li>N :</li> <li>S :</li> <li>RR :</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> A : <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi  P:		



## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>DEFISIENSI PENGETAHUAN</b>	<p><i>Teaching:</i> Pengetahuan Proses Penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien berkenaan dengan proses penyakit</li> <li>2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi</li> <li>3. Gambarkan tanda dan gejala yang dapat muncul pada penyakit</li> <li>4. Gambarkan proses terjadinya penyakit</li> <li>5. Beritahukan kemungkinan penyebab terjadinya penyakit</li> <li>6. Sediakan informasi tentang kondisi pasien</li> <li>7. Beritahukan rasional dari pemilihan manajemen terapi</li> <li>8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang (pengontrolan penyakit)</li> <li>9. Instruksikan kepada pasien jika terdapat tanda dan gejala penyakit untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan.</li> <li>10.</li> <li>11.</li> <li>12.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Memeriksa penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan pengaruhnya</li> <li><input type="checkbox"/> Menggambarkan tanda dan gejala yang dapat muncul pada penyakit</li> <li><input type="checkbox"/> Menggambarkan proses terjadinya penyakit</li> <li><input type="checkbox"/> Memberitahukan kemungkinan penyebab terjadinya penyakit</li> <li><input type="checkbox"/> Menyediakan informasi tentang kondisi pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Memberitahukan rasional dari pemilihan manajemen terapi</li> <li><input type="checkbox"/> Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang (pengontrolan penyakit)</li> <li><input type="checkbox"/> Menginstruksikan kepada pasien jika terdapat tanda dan gejala penyakit untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan.</li> <li><input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>	<p>S: .....</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakkuratan mengikuti perintah -/+</li> <li>• Perilaku tidak tepat (misal histeria, bermusuhan, agitasi, apatis) +/-</li> <li>• Pasien mengungkapkan masalah +/-</li> <li>• Pasien sering bertanya +/-</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi</li> </ul> <p>P:</p>		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>GANGGUAN ELIMINASI URIN</b>	<p>Manajemen Eliminasi Urin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor eliminasi urin termasuk frekuensi, konsistensi, bau, volume dan warna</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala retensi urin</li> <li>3. Ajarkan pasien mengenali tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li>4. Catat waktu terakhir berkemih</li> <li>5. Instruksikan pasien atau keluarga untuk mencatat <i>output</i> urin</li> <li>6. Hubungi dokter jika terdapat tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li>7. Batasi asupan cairan bila perlu</li> <li>8. Instruksikan pasien untuk memonitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> </ol> <p>Kateterisasi Urin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jelaskan mengenai prosedur dan tujuan dari intervensi</li> <li>10. Persiapkan peralatan kateterisasi yang sesuai</li> <li>11. Pertahankan teknik aseptik</li> <li>12. Pertahankan sistem drainase urin secara tertutup</li> <li>13. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i></li> <li>14. Ajarkan pasien untuk membersihkan kateter yang terpasang lama jika perlu</li> <li>15.</li> <li>16.</li> <li>17.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Memonitor eliminasi urin termasuk frekuensi, konsistensi, bau, volume dan warna</li> <li><input type="checkbox"/> Memonitor tanda dan gejala retensi urin</li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien mengenali tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li><input type="checkbox"/> Mencatat waktu terakhir berkemih</li> <li><input type="checkbox"/> Menginstruksikan pasien atau keluarga untuk mencatat <i>output</i> urin</li> <li><input type="checkbox"/> Menghubungi dokter jika terdapat tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li><input type="checkbox"/> Membatasi asupan cairan bila perlu</li> <li><input type="checkbox"/> Menginstruksikan pasien untuk memonitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menjelaskan mengenai prosedur dan tujuan dari intervensi</li> <li><input type="checkbox"/> Mempersiapkan peralatan kateterisasi yang sesuai</li> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan teknik aseptik</li> <li><input type="checkbox"/> Mempertahankan sistem drainase urin secara tertutup</li> <li><input type="checkbox"/> Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i></li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk membersihkan kateter yang terpasang lama jika perlu</li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>	<p>S: .....</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retensi +/-</li> <li>• Inkontinensia +/-</li> <li>• Disuria +/-</li> <li>• Nokturia +/-</li> <li>• Nyeri berkemih +/-</li> <li>• Darah dalam urin +/-</li> <li>• Output                      Frek :                      Warna :                      Konsistensi:                      Volume:           cc                      Bau :</li> <li>• TTV                      TD :                      N :                      S :                      RR :</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi</li> </ul> <p>P:</p>		


## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>GANGGUAN RASA NYAMAN</b>	Manajemen Lingkungan: Kenyamanan 1. Perlakukan pasien dan keluarga pasien dengan hangat dan terbuka 2. Hindari gangguan yang tidak diperlukan dan berikan kesempatan pasien untuk istirahat 3. Berikan lingkungan yang tenang dan suportif 4. Berikan lingkungan yang aman dan bersih 5. Tentukan sumber ketidaknyamanan misalnya pakaian bau, penempatan tabung, pakaian ketat, linen tempat tidur yang berkerut dan zat yang dapat mengiritasi 6. Atur suhu ruangan sehingga nyaman untuk pasien 7. Sediakan atau pindahkan selimut untuk meningkatkan kenyamanan suhu pasien 8. Atur pencahayaan sesuai kebutuhan aktivitas pasien, hindari pencahayaan langsung mengarah ke mata 9. Fasilitasi tindakan <i>hygiene</i> untuk menjaga kenyamanan pasien misalnya menyeka, memberikan krim kulit, membersihkan badan, rambut 10. Berikan posisi yang nyaman 11. 12.	<input type="checkbox"/> Memperlakukan pasien dan keluarga pasien dengan hangat dan terbuka <input type="checkbox"/> Menghindari gangguan yang tidak diperlukan dan berikan kesempatan pasien untuk istirahat <input type="checkbox"/> Memberikan lingkungan yang tenang dan suportif <input type="checkbox"/> Memberikan lingkungan yang aman dan bersih <input type="checkbox"/> Menentukan sumber ketidaknyamanan misalnya pakaian bau, penempatan tabung, pakaian ketat, linen tempat tidur yang berkerut dan zat yang dapat mengiritasi <input type="checkbox"/> Mengatur suhu ruangan sehingga nyaman untuk pasien <input type="checkbox"/> Menyediakan atau pindahkan selimut untuk meningkatkan kenyamanan suhu pasien <input type="checkbox"/> Mengatur pencahayaan sesuai kebutuhan aktivitas pasien, hindari pencahayaan langsung mengarah ke mata <input type="checkbox"/> Memfasilitasi tindakan <i>hygiene</i> untuk menjaga kenyamanan pasien misalnya menyeka, memberikan krim kulit, membersihkan badan, rambut <input type="checkbox"/> Memberikan posisi yang nyaman <input type="checkbox"/>	<b>S:</b> ..... <input type="checkbox"/> Melaporkan merasa dingin <input type="checkbox"/> Melaporkan merasa panas <input type="checkbox"/> Melaporkan merasa tidak nyaman <input type="checkbox"/> Melaporkan kurang senang dengan keadaan <input type="checkbox"/> Melaporkan gejala distres <input type="checkbox"/> Melaporkan rasa gatal  <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merintih +/-</li> <li>• Menangis +/-</li> <li>• Gangguan pola tidur +/-</li> <li>• Ketegangan +/-</li> <li>• Gelisah +/-</li> <li>• Berkeluh kesah +/-</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <b>A:</b> <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi  <b>P:</b>		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>HAMBATAN MOBILITAS FISIK</b>	Terapi aktivitas: Ambulasi 1. Monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 2. Konsultasikan dengan fisioterapis tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3. Bantu pasien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera 4. Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi 5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan 7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan ADL 8. Berikan alat bantu bila pasien memerlukan 9. Ajarkan bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika memerlukan 10. Dorong ROM aktif 11. Instruksikan pada pasien atau keluarga untuk melakukan ROM pasif dan aktif 12. 13. 14.	<input type="checkbox"/> Memonitor TTV sebelum dan sesudah latihan, lihat respon pasien saat latihan <input type="checkbox"/> Konsultasi dengan fisioterapis tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan <input type="checkbox"/> Membantu pasien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi <input type="checkbox"/> Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi <input type="checkbox"/> Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan <input type="checkbox"/> Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan ADL <input type="checkbox"/> Memberikan alat bantu bila pasien memerlukan <input type="checkbox"/> Mengajarkan bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika memerlukan <input type="checkbox"/> Mendorong untuk ROM aktif <input type="checkbox"/> Menginstruksikan pada pasien dan keluarga untuk melakukan ROM pasif dan aktif <input type="checkbox"/>	S: .....  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot </li> <li>• Tremor akibat gerakan +/-</li> <li>• Perubahan cara berjalan +/-</li> <li>• Gerakan bergetar +/-</li> <li>• Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus +/-</li> <li>• Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar +/-</li> <li>• Keterbatasan rentang pergerakan sendi +/-</li> <li>• Pergerakan lambat +/-</li> <li>• Ketidakstabilan postur +/-</li> <li>• TTV</li> </ul> TD : N : S : RR :		
				A : <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi		
				P:		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>INSOMNIA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pola tidur dan aktivitas pasien</li> <li>2. Jelaskan mengenai pentingnya kecukupan tidur saat sakit</li> <li>3. Analisa efek obat-obatan yang diterima pasien terhadap pola tidur</li> <li>4. Atur lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, kasur dan tempat tidur) untuk peningkatan tidur</li> <li>5. Fasilitasi untuk memelihara kebiasaan pasien sebelum tidur dengan obyek yang sering digunakan (misalkan buku untuk dibaca atau alat untuk mendengarkan musik)</li> <li>6. Bantu untuk mengurangi situasi sebelum tidur yang membuat stres</li> <li>7. Monitor makanan sebelum tidur yang dapat mempengaruhi tidur</li> <li>8. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang dapat mempengaruhi tidur</li> <li>9. Bantu pasien untuk mengurangi jam tidur siang pasien dengan meningkatkan aktivitas yang dapat menjaga pasien tetap terjaga</li> <li>10. Berikan tindakan yang memberi kenyamanan misalkan pijat atau posisi tidur yang nyaman</li> <li>11.</li> <li>12.</li> <li>13.</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Mengkaji pola tidur dan aktivitas pasien <input type="checkbox"/> Menjelaskan mengenai pentingnya kecukupan tidur saat sakit <input type="checkbox"/> Menganalisa efek obat-obatan yang diterima pasien terhadap pola tidur <input type="checkbox"/> Mengatur lingkungan untuk peningkatan tidur <input type="checkbox"/> Memfasilitasi untuk memelihara kebiasaan pasien sebelum tidur dengan obyek yang sering digunakan <input type="checkbox"/> Membantu untuk mengurangi situasi sebelum tidur yang membuat stres <input type="checkbox"/> Memonitor makanan sebelum tidur yang dapat mempengaruhi tidur <input type="checkbox"/> Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang dapat mempengaruhi tidur <input type="checkbox"/> Membantu pasien untuk mengurangi jam tidur siang pasien dengan meningkatkan aktivitas yang dapat menjaga pasien tetap terjaga <input type="checkbox"/> Memberikan tindakan yang memberi kenyamanan misalkan pijat atau posisi tidur yang nyaman <input type="checkbox"/>	<p><b>S:</b> .....</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kurang bergairah +/-</li> <li>• Sulit konsentrasi +/-</li> <li>• Lemah +/-</li> <li>• Kesulitan memulai tidur +/-</li> <li>• Mudah terbangun di malam hari +/-</li> <li>• Mimpi buruk +/-</li> <li>• BAK malam hari +/-</li> <li>• Jumlah waktu tidur .....jam/hari</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi <p><b>P:</b></p>		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang				
	<b>INTOLERANSI AKTIVITAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kebutuhan pasien yang belum terpenuhi</li> <li>2. Kaji kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhannya</li> <li>3. Kaji kekuatan otot</li> <li>4. Beri bantuan dalam aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan</li> <li>5. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan ADL/perawatan pasien</li> <li>6. Batasi aktivitas pasien</li> <li>7. Berikan penjelasan mengenai tujuan pembatasan aktivitas</li> <li>8. Ajari pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan</li> <li>9. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>10.</li> <li>11.</li> <li>12.</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Mengkaji kebutuhan pasien yang belum terpenuhi <input type="checkbox"/> Mengkaji kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhannya <input type="checkbox"/> Mengkaji kekuatan otot <input type="checkbox"/> Memberi bantuan dalam aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan <input type="checkbox"/> Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan ADL/perawatan pasien <input type="checkbox"/> Membatasi aktivitas pasien <input type="checkbox"/> Memberikan penjelasan mengenai tujuan pembatasan aktivitas <input type="checkbox"/> Mengajari pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan <input type="checkbox"/> Mengobservasi tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>S: .....</p> <p>O : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; text-align: center; width: 40px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot</li> <li>• Aritmia +/-</li> <li>• Iskemia +/-</li> <li>• Dispnea setelah aktivitas +/-</li> <li>• Nampak letih +/-</li> <li>• Nampak lemah +/-</li> <li>• Tirah baring +/-</li> <li>• Imobilisasi +/-</li> <li>• TTV</li> <li>TD :</li> <li>N :</li> <li>S :</li> <li>RR :</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <p>A :</p> <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi						

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS</b>	<b>Bantuan Ventilasi</b> 1. Jaga kepatenan jalan napas (suction jika perlu) 2. Berikan pasien posisi yang dapat meredakan dispnea 3. Berikan pasien posisi yang dapat meringankan upaya bernapas (misalnya atur <i>head up/semifowler</i> ) 4. Hitung dan catat frekuensi pernapasan 5. Amati tanda-tanda distress pernapasan (kelelahan, dispnea, takipnea, bradipnea, retraksi otot dada, sianosis) 6. Ajari teknik napas dalam 7. Kolaborasi pemberian terapi oksigen 8. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi ( <i>sedasi/muscle relaxan/bronkodilator</i> ) 9. 10. 11.	<input type="checkbox"/> Menjaga kepatenan jalan napas <input type="checkbox"/> Memberikan pasien posisi yang dapat meredakan dispnea  <input type="checkbox"/> Memberikan pasien posisi yang dapat meringankan upaya bernapas  <input type="checkbox"/> Menghitung dan mencatat frekuensi pernapasan <input type="checkbox"/> Mengamati tanda-tanda distress pernapasan Ajari teknik napas dalam <input type="checkbox"/> Memberikan terapi oksigen <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian terapi farmakologi  <input type="checkbox"/>	S: .....  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnea +/-</li> <li>• Bradipnea +/-</li> <li>• Perubahan kedalaman pernapasan +/-</li> <li>• Pernapasan Cuping hidung +/-</li> <li>• Penggunaan otot bantu pernapasan +/-</li> <li>• Retraksi interkosta +/-</li> <li>• Pernapasan bibir +/-</li> <li>• Fase ekspirasi memanjang +/-</li> <li>• Suara napas tambahan +/- ( )</li> <li>• TTV                          TD :                          N :                          S :                          RR :                          •</li> </ul> A : <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi  P:		



## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI: KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH</b>	<p>Terapi Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nutrisi secara lengkap</li> <li>2. Awasi masukan makanan atau cairan dan hitung masukan kalori per hari</li> <li>3. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutuhan kalori dan tipe nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>4. Tentukan pilihan makanan dengan memperhatikan budaya dan religi pasien</li> <li>5. Dorong masukan makanan tinggi kalsium</li> <li>6. Dorong masukan makanan atau minuman tinggi potasium (Kalium)</li> <li>7. Pastikan diet mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>8. Bantu pasien untuk memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam</li> <li>9. Hentikan penggunaan selang <i>nasogastrik</i> apabila pasien dapat menoleransi masukan per oral</li> <li>10. Sajikan makanan secara menarik, pertimbangkan warna, tekstur dan variasi</li> <li>11. Bila perlu lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>12. Bantu pasien untuk duduk sebelum makan</li> <li>13. Pantau nilai laboratorium</li> <li>14.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Melakukan pengkajian nutrisi secara lengkap</li> <li><input type="checkbox"/> Mengawasi masukan makanan atau cairan dan hitung masukan kalori per hari</li> <li><input type="checkbox"/> Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutuhan kalori dan tipe nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Menentukan pilihan makanan dengan memperhatikan budaya dan religi pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Mendorong masukan makanan tinggi kalsium</li> <li><input type="checkbox"/> Mendorong masukan makanan atau minuman tinggi potasium (Kalium)</li> <li><input type="checkbox"/> Memastikan diet mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li><input type="checkbox"/> Membantu pasien untuk memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam</li> <li><input type="checkbox"/> Menghentikan penggunaan selang <i>nasogastrik</i> apabila pasien dapat menoleransi masukan per oral</li> <li><input type="checkbox"/> Menyajikan makanan secara menarik, pertimbangkan warna, tekstur dan variasi</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li><input type="checkbox"/> Membantu pasien untuk duduk sebelum makan</li> <li><input type="checkbox"/> Memantau nilai laboratorium</li> </ul>	<p>S: .....</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nafsu makan +/-</li> <li>• Penurunan BB +/-</li> <li>• Mukosa pucat +/-</li> <li>• Tonus otot menurun +/-</li> <li>• Sariawan +/-</li> <li>• Diare +/-</li> <li>• Bising usus hiperaktif +/-</li> <li>• Tidakmampuan memakan makanan +/-</li> <li>• Mengeluh gangguan sensasi rasa +/-</li> <li>• Kerapuhan kapiler +/-</li> <li>• Kehilangan rambut berlebihan +/-</li> <li>• Kram abdomen +/-</li> <li>• Nyeri abdomen +/-</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi</li> </ul> <p>P:</p>		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>NYERI AKUT</b>	Manajemen Nyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, faktor presipitasi) 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan (Grimace, lokalisasi nyeri, defence mekanism, menyinggai, gelisah, menangis, dll) 3. Gunakan teknik komunikasi terapiutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Kurangi faktor presipitasi 6. Ajarkan teknik nonfarmakologi (Distraksi, relaksasi, <i>Guided Imagery</i> , dll) 7. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 8. Tingkatkan istirahat 9. Observasi tanda-tanda vital 10. Kolaborasi penanganan nyeri secara farmakologi 11. 12. 13.	<input type="checkbox"/> Mengkaji nyeri <input type="checkbox"/> Mengkaji pengalaman nyeri <input type="checkbox"/> Mengobservasi reaksi nonverbal <input type="checkbox"/> Mengontrol lingkungan <input type="checkbox"/> Mengurangi faktor presipitasi <input type="checkbox"/> Mengajarkan <input type="checkbox"/> Distraksi <input type="checkbox"/> Relaksasi <input type="checkbox"/> <i>Guided Imagery</i> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meningkatkan istirahat <input type="checkbox"/> Mengobservasi tanda-tanda vital <input type="checkbox"/> Kolaborasi farmakologis, .....	<b>S:</b> .....  <b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala nyeri:..</li> <li>  Lokasi:..</li> <li>  Karakteristik:..</li> <li>  Durasi :..</li> <li>  Frekuensi:..</li> <li>  Penyebab:..</li> <li>• Grimace +/-</li> <li>• Lokalisasi nyeri +/-</li> <li>• Gelisah +/-</li> <li>• Merintih +/-</li> <li>• TTV</li> <li>  TD :</li> <li>  N :</li> <li>  S :</li> <li>  RR :</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <b>A :</b> <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>RISIKO INFEKSI</b>	<p>Kontrol Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan (tempat tidur) segera setelah digunakan oleh pasien (pasien pulang)</li> <li>2. Ganti peralatan yang digunakan untuk perawatan pasien jika merawat pasien lain (satu pasien satu alat)</li> <li>3. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan setelah melakukan perawatan pasien</li> <li>5. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan bila diperlukan</li> <li>6. Gunakan Alat Pelindung Diri (APD)</li> <li>7. Sarankan kepada klien untuk meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>8. Dorong pasien untuk meningkatkan asupan cairan</li> <li>9. Dorong pasien untuk meningkatkan istirahat</li> <li>10. Kolaborasi pemberian antibiotik bila perlu</li> <li>11. Perintahkan pasien untuk taat dalam meminum antibiotik</li> <li>12. Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi serta memberi tahu tenaga kesehatan jika tanda gejala infeksi muncul</li> <li>13. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara mencegah infeksi</li> <li>14.</li> <li>15.</li> <li>16.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Membersihkan lingkungan</li> <li><input type="checkbox"/> Mengganti peralatan yang digunakan untuk perawatan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Membatasi jumlah pengunjung</li> <li><input type="checkbox"/> Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan perawatan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Menggunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan bila diperlukan</li> <li><input type="checkbox"/> Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)</li> <li><input type="checkbox"/> Menyarankan kepada klien untuk meningkatkan asupan nutrisi</li> <li><input type="checkbox"/> Mendorong pasien untuk meningkatkan asupan cairan</li> <li><input type="checkbox"/> Mendorong pasien untuk meningkatkan istirahat</li> <li><input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian antibiotik.....</li> <li><input type="checkbox"/> Memerintahkan pasien untuk taat dalam meminum antibiotik</li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi serta memberi tahu tenaga kesehatan jika tanda gejala infeksi muncul</li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara mencegah infeksi</li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>	<p><b>S:</b> .....</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpasang kateter intravena +/-</li> <li>• Cairan tubuh statis +/-</li> <li>• Trauma jaringan +/-</li> <li>• Malnutrisi +/- Albumin(     g/L)</li> <li>• Penggunaan imunosupresan, steroid +/-</li> <li>• Penurunan Hb +/- (     g/dl)</li> <li>• Leukopenia +/- (     ribu/<math>\mu</math>L)</li> <li>• TTV</li> <li>TD :</li> <li>N :</li> <li>S :</li> <li>RR :</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian</li> <li><input type="checkbox"/> Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>P:</b></p>		

## DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA : ..... REGISTER : ..... RUANGAN : .....

No. Dx Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Bimbingan Kepada Pasien	Tanda Tangan Nama Terang
	<b>RISIKO KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT</b>	Pengawasan Kulit 1. Periksa kulit dan membran mukosa apakah terdapat kemerahan, hangat yang ekstrim, oedema atau drainase 2. Pantau warna, kehangatan, pembengkakan, denyut, tekstur, oedema dan ulserasi pada ekstremitas 3. Periksa kondisi insisi bedah 4. Pantau warna dan suhu kulit 5. Pantau adanya luka babras ( <i>abrasions</i> ) pada kulit 6. Pantau kelembaban dan kekeringan kulit yang berlebihan 7. Pantau adanya sumber gesekan atau penekanan pada kulit 8. Pantau adanya infeksi khususnya terdapat wilayah oedema 9. Periksa pakaian yang terlalu ketat 10. Dokumentasi perubahan pada kulit dan membran mukosa 11. Lakukan langkah pencegahan keadaan kulit dan mukosa menjadi lebih buruk (misal lapisi tempat tidur dengan kain, rencanakan untuk reposisi secara berkala) 12. Edukasi keluarga mengenai tanda-tanda kerusakan kulit 13. 14. 15.	<input type="checkbox"/> Memeriksa kulit dan membran mukosa apakah terdapat kemerahan, hangat yang ekstrim, oedema atau drainase <input type="checkbox"/> Memantau warna, kehangatan, pembengkakan, denyut, tekstur, oedema dan ulserasi pada ekstremitas <input type="checkbox"/> Memeriksa kondisi insisi bedah <input type="checkbox"/> Memantau warna dan suhu kulit <input type="checkbox"/> Memantau adanya luka babras ( <i>abrasions</i> ) pada kulit <input type="checkbox"/> Memantau kelembaban dan kekeringan kulit yang berlebihan <input type="checkbox"/> Memantau adanya sumber gesekan atau penekanan pada kulit <input type="checkbox"/> Memantau adanya infeksi khususnya terdapat wilayah oedema <input type="checkbox"/> Memeriksa pakaian yang terlalu ketat <input type="checkbox"/> Mendokumentasikan perubahan pada kulit dan membran mukosa <input type="checkbox"/> Melakukan langkah pencegahan keadaan kulit dan mukosa menjadi lebih buruk (misal lapisi tempat tidur dengan kain, rencanakan untuk reposisi secara berkala) <input type="checkbox"/> Mengedukasi keluarga mengenai tanda-tanda kerusakan kulit <input type="checkbox"/>	S: .....  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu kulit Dingin/Normal/Hangat</li> <li>• Sensasi +/-</li> <li>• Elastis +/-</li> <li>• Perfusi jaringan CRT :</li> <li>• Lembab +/-</li> <li>• Kering +/-</li> <li>• Abnormal pigmentasi +/-</li> <li>• Lesi kulit +/-</li> <li>• Jaringan <i>scar</i> +/-</li> <li>• Kulit pecah-pecah +/-</li> <li>• Kulit bersisik +/-</li> <li>• Eritema +/-</li> <li>• Nekrosis +/-</li> <li>• Indurasi +/-</li> <li>• Imobilisasi +/-</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> A : <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/> Masalah teratasi sebagian <input type="checkbox"/> Masalah teratasi  P:		