

NOMOR RM	:	
NAMA	:	
TGL LAHIR/UMUR	:	

Tanggal :

Jam :

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Berhubungan dengan : - Spasme jalan napas - Hipersekresi jalan napas - Disfungsi neuromuskuler - Benda asing dalam jalan napas - Sekresi yang tertahan - Hiperplasia dinding jalan napas - Proses infeksi - Proses alergi - Efek agen farmakologis Dibuktikan dengan : Batuk tidak efektif Tidak mampu batuk Sputum berlebih Mengi, Wheezing, Ronchi, Stridor, Snoring - Dispnea - Frekuensi napas.....x/menit - Gelisah - Orthopnea - Sianosis	Setelah dilakukan intervensi selama maka Bersihan Jalan Napas (L.01001) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun - Dispnea menurun - Orthopnea menurun - Sianosis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi napas.....x/menit - Pola napas membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) <i>Observasi :</i> - Monitor pola napas (frekuensi dan kedalaman) tiap jam - Monitor bunyi napas tambahan tiap..... Jam - Monitor sputum jumlah, warna, aroma) tiap jam. <i>Terapeutik :</i> - Pertahankan kepatenan jalan napas - Posisikan semifowler / fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir < 15 detik - Berikan oksigen.....LPM via..... <i>Edukasi :</i> - Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak ada kontra indikasi - Ajarkan batuk efektif <i>Kolaborasi :</i> - Kolaborasi pemberian.....		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Defisit Nutrisi (D.0019) Berhubungan dengan : ○ Kurangnya asupan makanan ○ Ketidakmampuan menelan makanan ○ Ketidakmampuan mencerna makanan ○ Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ○ Peningkatan kebutuhan metabolisme ○ Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi) ○ Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan) Dibuktikan dengan : ○ Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal ○ Cepat kenyang setelah makan ○ Kram/nyeri abdomen ○ Nafsu makan menurun ○ Bising usus hiperaktif ○ Otot pengunyah lemah ○ Otot menelan lemah ○ Membran mukosa pucat ○ Sariawan ○ Rambut rontok berlebihan ○ Diare	Setelah dilakukan intervensi selama maka Status Nutrisi (L.03030) dapat meningkat dengan kriteria hasil : ○ Porsi makanan yang dihabiskan meningkat ○ Kekuatan otot pengunyah meningkat ○ Kekuatan otot menelan meningkat ○ Perasaan cepat kenyang menurun ○ Sariawan menurun ○ Rambut rontok menurun ○ Frekuensi diare menurun ○ Nafsu makan membaik ○ Berat badan membaik ○ IMT membaik ○ Bising usus membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) <i>Observasi :</i> ○ Identifikasi status nutrisi ○ Identifikasi alergi dan intoleransi makanan ○ Identifikasi makanan yang disukai ○ Identifikasi perlunya selang nasogastrik ○ Monitor asupan makanan ○ Monitor berat badan <i>Terapeutik :</i> ○ Lakukan oral hygiene sebelum makan, k/p ○ Fasilitasi pedoman diet ○ Berikan makanan TKTP ○ Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi ○ Sajikan makanan secara menarik ○ Berikan suplemen makanan jika perlu ○ Hentikan pemberian makanan melalui NGT jika asupan oral dapat ditoleransi <i>Edukasi :</i> ○ Anjurkan posisi duduk jika mampu ○ Anjurkan diet yang diprogramkan <i>Kolaborasi :</i> ○ Kolaborasi dengan ahli gizi ○ Kolaborasi pemberian medikasi sbelum makan		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Diare (D.0020) Berhubungan dengan : - o Inflamasi gastrointestinal - o Iritasi gastrointestinal - o Proses infeksi - o Malabsorpsi - o Kecemasan - o Tingkat stress tinggi - o Terpapar toksin - o Terpapar kontaminan - o Program pengobatan Dibuktikan dengan : - o Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam - o Feses lembek atau cair - o Urgency - o Nyeri / kram abdomen - o Frekuensi peristaltik meningkat - o Bising usus hiperaktif	Setelah dilakukan intervensi selama maka Eliminasi Fekal (L.04033) dapat membaik dengan kriteria hasil : - o Kontrol pengeluaran feses dapat membaik - o Keluhan defekasi lama dan sulit menurun - o Nyeri / kram abdomen menurun - o Konsistensi feses membaik - o Frekuensi bab membaik - o Peristaltic usus membaik	Manajemen diare (I.03101) <i>Observasi :</i> - o Identifikasi penyebab diare - o Identifikasi Riwayat pemberian makan - o Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja - o Monitor jumlah pengeluaran diare - o Monitor tanda dan gejala hipovolemia <i>Terapetik :</i> - o Berikan asupan cairan oral - o Pasang jalur intravena - o Berikan cairan intravena - o Ambil sampel feses untuk kultur - o Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap <i>Edukasi :</i> - o Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap - o Anjurkan menghindari makanan pembentukan gas, pedas dan laktosa. <i>Kolaborasi :</i> - o Kolaborasi pemberian obat.....		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Gangguan Eliminasi Urin (D.0040) Berhubungan dengan : - Penurunan kapasitas kandung kemih - Iritasi kandung kemih - Penurunan kemampuan menyadari tanda tanda gangguan kandung kemih - Efek tindakan medis dan diaagnostik - Kelemahan otot pelvis - Ketidakmampuan mengakses toilet - Hambatan lingkungan Dibuktikan dengan : Desakan berkemih Urin menetes Sering buang air kecil Nocturia Enuresis Distensi kandung kemih Berkemih tidak tuntas Volume residu urin meningkat	Setelah dilakukan intervensi selama maka Eliminasi Urin (L.04034) dapat membaik dengan kriteria hasil : - Sensasi berkemih meningkat - Desakan berkemih menurun - Distensi kandung kemih menurun - Berkemih tidak tuntas menurun - Volume residu urin menurun - Urin menetes menurun - Nokturia menurun - Enuresis menurun - Frekuensi BAK membaik - Karakteristik membaik	Manajemen Eliminasi Urine (I.04152) <i>Observasi :</i> - Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine - Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine - Monitor eliminasi urin <i>Terapetik :</i> - Catat waktu dan keluaran berkemih - Ambil sample urin atau kultur <i>Edukasi :</i> - Ajarkan mengetahui tanda dan gejala isk - Ajarkan mengukur asupan dan keluaran urin - Ajarkan mengambil spasimen sample urin - Ajarkan terapi modalitas penguatan otot – otot panggul - Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontra indikasi - Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur <i>Kolaborasi :</i> <i>Kolaborasi pemberian.....</i>		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Berhubungan dengan : - o Kerusakan integritas struktur tulang - o Ketidakbugaran kondisi fisik - o Penurunan massa otot - o Penurunan kendali otot - o Penurunan kekuatan otot - o Gangguan muskuloskeletal - o Gangguan neuromuscular - o Nyeri - o Program pembatasan gerak Dibuktikan dengan : - o Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas - o Kekuatan otot menurun - o Rentang gerak (ROM) menurun - o Nyeri saat bergerak - o Enggan melakukan pergerakan - o Merasa cemas saat bergerak - o Sendi kaku - o Gerakan tidak terkoordinasi - o Gerakan terbatas - o Fisik lemah	Setelah dilakukan intervensi selama maka Mobilitas Fisik (L.05042) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - o Pergerakan ekstremitas meningkat - o Kekuatan otot meningkat - o ROM meningkat - o Nyeri menurun - o Kecemasan menurun - o Kaku sendi menurun - o Gerakan tidak terkoordinasi - o Gerakan terbatas - o Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (L.05173) <i>Observasi :</i> - o Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - o Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - o Monitor vital sign sebelum memulai mobilisasi <i>Terapetik :</i> - o Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - o Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - o Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi :</i> - o Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - o Anjurkan melakukan mobilisasi dini - o Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	
Gangguan Penyapihan Ventilator (D.0002) Berhubungan dengan : ○ Hipersekresi jalan napas ○ Ketidacukupan energi ○ Hambatan upaya napas ○ Kecemasan ○ Kurang motivasi tentang proses penyapihan ○ Penurunan motivasi ○ Ketidakadekuatan dukungan sosial ○ Ketidaktepatan kecepatan proses penyapihan ○ Riwayat kegagalan berulang dalam upaya penyapihan ○ Riwayat ketergantungan ventilator Dibuktikan dengan : ○ Frekuensi napas meningkat ○ Penggunaan otot bantu pernapasan ○ Napas megap-megap (gasping) ○ Nilai AGD abnormal ○ Napas dangkal ○ Lelah ○ Auskultasi suara inspirasi menurun ○ Warna kulit abnormal ○ Diaforesis ○ Tekanan darah / Nadi meningkat	Setelah dilakukan intervensi selama maka Penyapihan Ventilator (L.01002) dapat meningkat dengan kriteria hasil : ○ Kesinkronan bantuan ventilator meningkat ○ Penggunaan otot bantu napas menurun ○ Pernapasan gasping menurun ○ Napas dangkal menurun ○ Agitasi menurun ○ Lelah menurun ○ Diaforesis menurun ○ Frekuensi napas membaik ○ Nilai AGD membaik ○ Upaya napas membaik ○ Auskultasi suara inspirasi membaik	Penyapihan Ventilasi Mekanik (I.01021) <i>Observasi :</i> ○ Periksa kemampuan untuk disapih ○ Monitor prediktor kemampuan untuk mentolelir penyapihan (kapasitas vital, Vd / Vt, MVV, kekuatan inspirasi, FEV1, tekanan inspirasi negative) ○ Monitor tanda-tanda kelelahan otot pernapasan ○ Monitor status cairan dan elektrolit <i>Terapeutik :</i> ○ Pastikan posisi semifowler (30-45 derajat) ○ Lakukan pengisapan jalan napas, jika perlu ○ Berikan fisioterapi dada, jika perlu ○ Lakukan ujicoba penyapihan (30-120 menit) ○ Gunakan teknik relaksasi jika perlu ○ Berikan dukungan psikologis <i>Edukasi :</i> ○ <i>Ajarkan cara pengontrolan napas saat penyapihan</i> <i>Kolaborasi :</i> ○ <i>Kolaborasi pemberian obat yang meningkatkan kepatenan jalan napas dan pertukaran gas</i>	

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:	
NAMA	:	
TGL LAHIR/UMUR	:	

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	
Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) Berhubungan dengan : ○ Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi ○ Perubahan membrane alveolus - kapiler Dibuktikan dengan : ○ Dispnea ○ PCO2 meningkat / menurun ○ PO2 menurun ○ Takikardi ○ pH arteri meningkat / menurun ○ Terdapat bunyi napas tambahan ○ Sianosis ○ Diaforesis ○ Gelisah ○ Napas cuping hidung (cepat / lambat, regular / ireguler, dalam / dangkal) ○ Warna kulit abnormal (mis, pucat, kebiruan) ○ Kesadaran menurun	Setelah dilakukan intervensi selama maka Pertukaran Gas (L.01003) dapat meningkat dengan kriteria hasil : ○ Tingkat kesadaran meningkat ○ Dispnea menurun ○ Bunyi napas tambahan ○ Takikardia ○ Pengelihan kabur menurun ○ Pernapasan cuping hidung menurun ○ Diaforesis menurun ○ Gelisah menurun ○ Napas cuping hidung menurun ○ PCO2 membaik ○ PO2 membaik ○ pH arteri membaik ○ Sianosis membaik ○ Pola napas membaik ○ Warna kulit membaik	Terapi Oksigen (I.01026) <i>Observasi :</i> ○ Monitor kecepatan aliran oksigen ○ Monitor posisi alat terapi oksigen ○ Monitor efektifitas terapi oksigen ○ Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan ○ Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis ○ Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <i>Terapeutik :</i> ○ Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu ○ Pertahankan kepaatenan jalan napas ○ Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi <i>Edukasi :</i> ○ Ajarkan pasien & keluarga cara penggunaan oksigen di rumah <i>Kolaborasi :</i> ○ Kolaborasi penentuan dosis oksigen ○ Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas/tidur	

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) Berhubungan dengan : - Gejala penyakit - Ketidakadekuatan sumber daya - Kurangnya privasi - Ganguann stimulus lingkungan - Efek samping terapi - Gangguan adaptasi kehamilan Dibuktikan dengan : Mengeluh tidak nyaman Gelisah - Mengeluh sulit tidur - Tidak mampu rileks - Mengeluh kedinginan/kepanasan - Merasa gatal - Mengeluh mual - Mengeluh Lelah - Menunjukan gejala distress - Tampak meringis - Pola eliminasi berubah - Iritabilitas	Setelah dilakukan intervensi selama maka Status Kenyamanan (L.08064) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan kedinginan menurun - Keluhan kepanasan menurun - Rasa gatal menurun - Rasa mual menurun - Pola tidur membaik	Terapi Relaksasi (I.09326) <i>Observasi :</i> - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain - identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Periksa ketegangan otot, vital sign sebelum dan sesudah latihan <i>Terapetik :</i> - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Gunakan pakaian longgar - Gunakan nada suara lembut dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain <i>Edukasi :</i> - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (napas dalam, peregangan)		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	
Gangguan Sirkulasi Spontan (D.0007) Berhubungan dengan : - Abnormalitas kelistrikan jantung - Abnormalitas struktur jantung - Penurunan fungsi ventrikel Dibuktikan dengan : Frekuensi Nadi <50 kali/mnt atau >150 kali/mnt Tekanan darah sistolik <60 mmHg atau >200 mmHg Frekuensi napas <6 kali /mnt atau >30 kali/mnt Kesadaran menurun/tidak sadar - Suhu tubuh <34,5 derajat celcius - Tidak ada produksi urin dalam 6 jam - Saturasi Oksigen <85% - Gambaran EKG menunjukkan aritmia letal - Gambaran EKG menunjukkan aritmia mayor - ETCO2 < 35 mmHg	Setelah dilakukan intervensi selama maka Ventilasi Spontan (L.01007) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Takikardia menurun - Gelisah menurun - Volume tidal membaik - PCO2 membaik - PO2 membaik	Manajemen Defibrilasi (I.02038) <i>Observasi :</i> - Periksa irama pada monitor setelah RJP 2 menit <i>Terapeutik :</i> - Lakukan resusitasi jantung paru (RJP) hingga mesin defibrillator siap - Siapkan dan hidupkan mesin defibrilator - Pasang monitor EKG - Pastikan irama EKG henti jantung (VF atau VT tanpa nadi) - Atur jumlah energi dengan mode asynchronized (360 joule untuk monofasik dan 120-200 joule untuk bifasik) - Angkat paddle dari mesin dan oleskan jeli pada pedal - Tempelkan paddle sternum (kanan) pada sisi kanan sternum dibawah klavikula dan paddle apeks (kiri) pada garis midaksilaris setinggi elektroda V6 - Isi energi dengan menekan tombol charge - Hentikan RJP saat defibrillator siap - Teriak bahwa defibrillator telah siap (I'm clear, youre clear, everybody's clear) - Berikan syok dengan menekan tombol pada kedua paddle bersamaan. - Angkat paddle dan langsung lanjutkan RJP tanpa menunggu hasil irama yang muncul pada monitor setelah pemberian defibrilasi - Lanjutkan RJP sampai 2 menit.	

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Hipertermia (D.0130) Berhubungan dengan : - Dehidrasi - Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) - Terpapar lingkungan panas - Peningkatan laju metabolisme - Respon trauma - Aktivitas berlebihan - Penggunaan inkubator Dibuktikan dengan : Suhu tubuh diatas nilai normal - Kulit merah - Kejang - Takikardia - Takipnea - Kulit terasa hangat	Setelah dilakukan intervensi selama maka Termoregulasi (L.14134) dapat membaik dengan kriteria hasil : - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik - Menggigil menurun - Kulit merah menurun - Kejang menurun - Takikardia menurun - Takipnea menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) <i>Observasi :</i> - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urine - Monitor komplikasi akibat hipertermia <i>Terapetik :</i> - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Basahi dan kipasi permukaan tubuh - Berikan cairan oral - Ganti llinen setiap hari jika hyperhidrosis - Sediakan lingkungan yang dingin - Lakukan pendinginan eksternal - Berikan oksigen, jika perlu <i>Edukasi :</i> - Anjurkan tirah baring <i>Kolaborasi :</i> - Kolaborasi pemberian.....		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Hipervolemia (D.0022) Berhubungan dengan : - o Gangguan mekanisme regulasi - o Kelebihan asupan cairan - o Kelebihan asupan nutrisi - o Gangguan aliran balik vena - o Efek agen farmakologis Dibuktikan dengan : - o Ortopnea - o Dispnea - o Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) - o Edema anasarka dan atau edema perifer - o JVP dan / CVP meningkat - o Refleks hepatojugular positif - o Distensi vena jugularis - o Terdengar suara napas tambahan - o Hepatomegali - o Kadar hb/ht menurun - o Oliguria - o Balance cairan positif - o Kongesti paru	Setelah dilakukan intervensi selama maka keseimbangan cairan (L.03020) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - o Output urin meningkat - o Membran mukosa lembap meningkat - o Asupan makanan meningkat - o Edema menurun - o Dehidrasi menurun - o Asites menurun - o Konfusi menurun - o Tekanan darah membaik - o Frekuensi nadi membaik - o Kekuatan nadi - o MAP membaik - o Mata cekung membaik - o Turgor kulit membaik - o Berat badan membaik	Manajemen Hipervolemia (I.03114) <i>Observasi :</i> - o Periksa tanda dan gejala hipervolemia - o Identifikasi penyebab hipervolemia - o Monitor status hemodinamik - o Monitor intake dan output cairan - o Monitor kecepatan infus secara ketat - o Monitor efek samping diuretik <i>Terapetik :</i> - o Timbang berat badan dalam waktu yang sama - o Batasi asupan cairan dan garam - o Tinggikan kepala tempat tidur <i>Edukasi :</i> - o Anjurkan melapor jika keluaran urine <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam - o Ajarkan mencatat intake output - o Ajarkan cara membatasi cairan <i>Kolaborasi :</i> - o Kolaborasi pemberian diuretic - o Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic - o Kolaborasi pemberian.....		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Hipovolemia (D.0023) Berhubungan dengan : ○ Kehilangan cairan aktif ○ Kegagalan mekanisme regulasi ○ Peningkatan permeabilitas kapiler ○ Kekurangan intake cairan ○ Evaporasi Dibuktikan dengan : ○ Frekuensi Nadi meningkat ○ Nadi teraba lemah ○ Tekanan darah menurun ○ Tekanan darah menyempit ○ Turgor kulit menurun ○ Membrane mukosa kering ○ Volume urine menurun ○ Hematokrit meningkat ○ Merasa lemah ○ Mengeluh haus ○ Pengisian vena menurun ○ Status mental berubah ○ Suhu tubuh meningkat ○ Konsentrasi urine meningkat ○ Berat badan turun tiba tiba	Setelah dilakukan intervensi selama maka Status cairan (L.01001) dapat membaik dengan kriteria hasil : ○ Kekuatan nadi meningkat ○ Output urine meningkat ○ Membrane mukosa lembap meningkat ○ Pengisian vena meningkat ○ Ortopnea menurun ○ Dispnea menurun ○ PND menurun ○ Perasaan lemah menurun ○ Rasa haus menurun ○ Konsentrasi urine menurun ○ Frekuensi nadi membaik ○ Tekanan darah membaik ○ Turgor kulit membaik ○ JVP membaik ○ Hemaglobin membaik ○ Hematokrit membaik	Manajemen Hipovolemia (I.03116) <i>Observasi :</i> ○ Periksa tanda dan gejala hipovolemia ○ Monitor intake dan output cairan <i>Terapetik :</i> ○ Hitung kebutuhan cairan ○ Berikan posisi modified trendelenberg ○ Berikan asupan cairan oral <i>Edukasi :</i> ○ Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral ○ Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <i>Kolaborasi :</i> ○ <i>Kolaborasi pemberian cairan IV Isotonik (Nacl, RL)</i> ○ <i>Kolaborasi pemberian cairan hipotonik</i> ○ <i>Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)</i> ○ <i>Kolaborasi pemberian produk darah</i>		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Intoleransi Aktivitas (D.0056) Berhubungan dengan : ○ Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ○ Tirah baring ○ Kelemahan ○ Imobilitas Dibuktikan dengan : ○ Mengeluh lelah ○ Frekuensi jantung meningkatkan >20% dari kondisi istirahat ○ Dispnea saat/setelah aktivitas ○ Merasa tidak nyaman setekah aktivitas ○ Merasa lemah ○ Tekanan darah berubah >20 % dari kondisi istirahat ○ Gambaran EKG menunjukan iskemik ○ Sianosis	Setelah dilakukan intervensi selama maka Toleransi Aktivitas (L.05047) dapat meningkat dengan kriteria hasil : ○ Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat ○ Keluhan Lelah menurun ○ Dispnea saat aktivitas menurun ○ Dispnea setelah aktivitas menurun ○ Sianosis menurun ○ Perasaan lemah menurun ○ Frekuensi nadi membaik ○ Warna kulit membaik ○ Tekanan darah membaik ○ Saturasi membaik ○ Frekuensi napas membaik ○ Gambaran EKG membaik	Manajemen Energi (I.05178) <i>Observasi :</i> ○ Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan ○ Monitor kelelahan fisik dan emosional ○ Monitor pola dan jam tidur ○ Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <i>Terapetik :</i> ○ Sediakan lingkungan yang nyaman ○ Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif ○ Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan ○ Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur <i>Edukasi :</i> ○ Anjurkan tirah baring ○ Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap ○ Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang ○ Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <i>Kolaborasi :</i> ○ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027) Berhubungan dengan : - Hiperglikemia - Disfungsi pancreas - Resistensi insulin - Gg. Toleransi glukosa darah - Hipoglikemia - Penggunaan insulin/obat glikemik oral - Hyperinsulinemia - Disfungsi hati - Disfungsi ginjal kronis - Gangguan metabolik bawaan Dibuktikan dengan : - Hiperglikemia Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi Lelah lesu - Jumlah urin meningkat - Mulut kering - Haus meningkat - Hipoglikemia Gg. Koordinasi Kadar glukosa dalam darah/urin rendah Mengantuk Pusing - Kesadaran menurun - Palpitasi	Setelah dilakukan intervensi selama maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - Koordinasi meningkat - Tingkat kesadaran meningkat - Rasa mengantuk menurun - Pusing menurun - Lelah lesu menurun - Rasa lapar menurun - Mulut kering menurun - Rasa haus menurun - Kadar glukosa dalam darah membaik - Kadar glukosa urine membaik - Palpitasi membaik - Jumlah urine membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) <i>Observasi :</i> - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda gejala hiperglikemia - Monitor intake & output - Monitor keton urine, kadar AGD, Elektrolit, Tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi <i>Terapeutik :</i> - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk - Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <i>Edukasi :</i> - Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari >250 mg/dl - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Ajarkan pengelolaan diabetes <i>Kolaborasi :</i> <i>Kolaborasi pemberian.....</i>		

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

		Manajemen Hipovolemia (I.03116) <i>Observasi :</i> ○ Periksa tanda dan gejala hipovolemia ○ Monitor intake dan output cairan <i>Terapetik :</i> ○ Hitung kebutuhan cairan ○ Berikan posisi modified Trendelenburg ○ Berikan asupan cairan oral <i>Edukasi :</i> ○ Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral ○ Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak ○ Ajarkan pengelolaan diabetes <i>Kolaborasi :</i> ○ Kolaborasi pemberian.....		
--	--	---	--	--

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Konfusi Akut (D.0064) Berhubungan dengan : ○ Delirium ○ Demensia ○ Fluktuasi siklus tidur – bangun ○ Usia lebih dari 60 tahun ○ Penyalahgunaan Zat Dibuktikan dengan : ○ Kurang motivasi untuk memulai/menyelesaikan perilaku berorientasi tujuan ○ Kurang motivasi untuk memulai/menyelesaikan perilaku terarah ○ Fluktuasi fungsi kognitif ○ Fluktuasi tingkat kesadaran ○ Fluktuasi aktivitas psikomotorik ○ Salah persepsi ○ Halusinasi ○ Gelisah	Setelah dilakukan intervensi selama maka Tingkat Konfusi (L.06054) dapat menurun dengan kriteria hasil : ○ Fungsi kognitif meningkat ○ Tingkat kesadaran meningkat ○ Aktivitas psikomotorik meningkat ○ Memori jangka pendek meningkat ○ Memori jangka Panjang meningkat ○ Respon terhadap stimulus membaik ○ Interpretasi membaik ○ Perilaku halusinasi menurun ○ Gelisah menurun ○ Fungsi sosial membaik	Manajemen Delirium (I.06189) <i>Observasi :</i> ○ Identifikasi faktor risiko delirium ○ Identifikasi tipe delirium ○ Monitor status neurologis / tingkat kesadaran <i>Terapeutik :</i> ○ Hindari stimulus sensorik berlebihan ○ Lakukan pengekangan fisik, sesuai indikasi ○ Batasi pembuatan keputusan <i>Edukasi :</i> ○ Anjurkan kunjungan keluarga, jika perlu ○ Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik <i>Kolaborasi :</i> ○ Kolaborasi pemberian obat.....		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Konstipasi (D.0049) Berhubungan dengan : - Penurunan motilitas gastrointestinal - Ketidakcukupan diet - Ketidakcukupann asupan serat - Ketidakcukupan asupan cairan - Kelemahan otot abdomen - Konfusi - Depresi - Gangguan emosional - Perubahan kebiasaan makan - Efek agen farmakologis Dibuktikan dengan : Defekasi kurang dari 2 kali seminggu Pengeluaran feses lama dann sulit Feses keras Peristaltik usus menurun - Mengejan saat defekasi - Distensi abdomen - Kelemahan umum - Teraba masa pada rektal	Setelah dilakukan intervensi selama maka Eliminasi Fekal (L.04033) dapat membaik dengan kriteria hasil : - Kontrol pengeluaran feses meningkat - Keluhan defekasi lama dan sulit menurun Mengejan saat defekasi menurun Distensi abdomen menurun Teraba masa pada abdomen menurun Konsistensi feses membaik Ffrekuensi BAB membaik Peristaltik usus membaik	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) <i>Observasi :</i> - Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar - Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal - Monitor buang air besar (warna, konsistensi, frekuensi, volume) - Monitor tanda gejala konstipasi <i>Terapetik :</i> - Berikan air hangat setelah makan - Sediakan makanan tinggi serat - Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien <i>Edukasi :</i> - Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinnggi serat - Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses <i>Kolaborasi :</i> <i>Kolaborasi pemberian obat.....</i>		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Nyeri Akut (D.0077) Berhubungan dengan : ○ Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik, neoplasma) ○ Agen pencedera kimia (terbakar, bahan kimia iritan) ○ Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebih) Dibuktikan dengan : ○ Mengeluh nyeri ○ Tampak meringis ○ Bersikap protektif (mis : waspada posisi menghindari nyeri) ○ Gelisah ○ Frekuensi nadi meningkat ○ Sulit tidur ○ Tekanan darah meningkat ○ Pola napas berubah ○ Nafsu makan berubah ○ Proses berpikir terganggu ○ Menarik diri ○ Berfokus pada diri sendiri ○ Diaphoresis	Setelah dilakukan intervensi selama maka Nyeri Akut (L.08066) dapat menurun dengan kriteria hasil : ○ Keluhan nyeri menurun ○ Meringis menurun ○ Sikap protektif menurun ○ Gelisah menurun ○ Kesulitan tidur menurun ○ Menarik diri menurun ○ Berfokus pada diri sendiri menurun ○ Diaphoresis menurun ○ Frekuensi nadi membaik ○ Pola napas membaik ○ Tekanan darah membaik ○ Proses berpikir membaik ○ Pola tidur membaik ○ Nafsu makan membaik	Manajemen nyeri (I.08238) <i>Observasi :</i> ○ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ○ Identifikasi skala nyeri ○ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ○ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan terhadap respon nyeri ○ Monitor efek samping penggunaan analgetik <i>Terapeutik :</i> ○ Berikan Teknik nonfarmakologis ○ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ○ Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi :</i> ○ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ○ Jelaskan strategi meredakan nyeri ○ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ○ Ajarkan teknik nonfarmakologis <i>Kolaborasi :</i> ○ Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	
Penurunan Curah Jantung (D.0008) Berhubungan dengan : - Perubahan irama jantung - Perubahan frekuensi jantung - Perubahan kontraktilitas - Perubahan preload - Perubahan afterload Dibuktikan dengan : - Palpitasi - Bradikardi / Takikardi - EKG aritmia / gangguan konduksi - Lelah o Edema - Distensi Vena Jugularis - CVP meningkat / menurun - Dispnea - TD meningkat / menurun - Nadi perifer teraba lemah - CRT >3 detik - Oliguria - Sianosis - Paroxysmal nocturnal dispnea (PND) - Otrhopnea o Batuk - Terdengar suara jantung S3 dan/atau S4 - Ejection fraction (EF) menurun	Setelah dilakukan intervensi selama maka Curah Jantung (L.02008) dapat meningkat dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer meningkat EF meningkat Palpitasi menurun Bradikardia menurun EKG Aritmia menurun Lelah menurun Lelah menurun Edema menurun Distensi vena jugularis menurun Dispnea membaik Oliguria menurun Sianosis menurun PND menurun Ortopnea menurun Batuk menurun Suara jantung S3 menurun Suara jantung S4 menurun Tekanan darah membaik	Perawatan Jantung (I.02075) <i>Observasi :</i> - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor intake/output cairan - Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama - Monitor saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada - Monitor EKG 12 sadapan - Monitor aritmia - Monitor nilai lab jantung - Periksa TD & Nadi sebelum dan sesudah aktivitas - Periksa TD & Nadi sebelum pemberian obat <i>Terapeutik :</i> - Pastikan posisi semifowler / fowler - Berikan diet jantung yang sesuai - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94 % <i>Edukasi :</i> - Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <i>Kolaborasi :</i> - Kolaborasi pemberian antiaritmia,jikaperlu - Rujuk ke program rehabilitasi jantung	

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) Berhubungan dengan : ○ Hiperglikemia ○ Penurunan konsentrasi hemoglobin ○ Peningkatan tekanan darah ○ Kekurangan volume cairan ○ Penurunan aliran arteri dan/vena ○ Kurang aktivitas fisik Dibuktikan dengan : ○ Pengisapan kapiler >3 detik ○ Nadi perifer menurun atau tidak teraba ○ Akral teraba dingin ○ Warna kulit pucat ○ Turgor kulit menurun ○ Parastesia ○ Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) ○ Edema ○ Penyembuhan luka lambat ○ Bruit femoralis	Setelah dilakukan intervensi selama maka Perfusi Perifer (L.02011) dapat meningkat dengan kriteria hasil : ○ Kekuatan nadi perifer meningkat ○ Penyembuhamn luka meningkat ○ Sensasi meningkat ○ Warna kulit pucat menurun ○ Edema perifer menurun ○ Nyeri ekstremitas menurun ○ Parastesia menurun ○ Kram otot menurun ○ Bruit femoralis menurun ○ Pengisapan kapiler membaik ○ Turgor kulit membaik ○ Akral membaik ○ MAP membaik	Perawatan sirkulasi (I.02079) <i>Observasi :</i> ○ Periksa sirkulasi perifer ○ Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi ○ Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak <i>Terapeutik :</i> ○ Hindari pemasangan infus/pengambilan darah di area keeterbatasan perfusi ○ Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera ○ Lakukan pencegahan infeksi ○ Lakukan hidrasi <i>Edukasi :</i> ○ Anjurkan berhenti merokok ○ Ajarkan berolahraga rutin ○ Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol jika perlu ○ Anjurkan minum obat penngontrol tekanan darah secara teratur ○ Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi ○ Anjurkan program rehabilitasi vaskular		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	
Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) Berhubungan dengan : - Depresi pusat pernapasan - Hambatan upaya napas - Deformitas dinding dada - Deformitas tulang dada - Gangguan neuromuskular - Gangguan neurologis - Imaturitas neurologis - Cedera pada medulla spinalis - Kecemasan - Efek agen farmakologis Dibuktikan dengan : Dispnea Penggunaan otot bantu pernapasan Fase ekspirasi memanjang Pola napas abnormal (takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne – stokes) - Orthopnea - Pernapasan pursed - lip - Pernapasan cuping hidung - Tekanan ekspirasi menurun - Tekanan inspirasi menurun - Ekskuri dada berubah	Setelah dilakukan intervensi selama maka Bersihan Jalan Napas (L.01001) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Pemanjangan fase ekspirasi menurun - Orthopnea menurun - Pernapasan pursed – lip menurun - Pernapasan cuping hidung menurun - Frekuensi napas membaik x/menit - Kedalaman napas membaik - Ekskuri dada membaik - Tekanan ekspirasi membaik - Tekanan inspirasi membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) <i>Observasi :</i> - Monitor pola napas (frekuensi dan kedalaman) tiap jam - Monitor bunyi napas tambahan tiap..... Jam - Monitor sputum jumlah, warna, aroma) tiap jam. - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai AGD - Monitor hasil X-ray toraks <i>Terapeutik :</i> - Pertahankan kepatenan jalan napas - Posisikan semifowler / fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir < 15 detik - Berikan oksigen.....LPM via..... <i>Edukasi :</i> - Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak ada kontra indikasi - Ajarkan batuk efektif <i>Kolaborasi :</i> - Kolaborasi pemberian.....	

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Risiko Aspirasi (D.0006) Dengan faktor risiko : - o Penurunan tingkat kesadaran - o Penurunan refleks muntah dan/atau batuk - o Gangguan menelan - o Disfagia - o Kerusakan mobilitas fisik - o Peningkatan residu lambung - o Peningkatan tekanan intra gastrik - o Penurunan motilitas gastrointestinal - o Sfingter esofagus bawah inkompeten - o Perlambatan pengosongan lambung - o Terpasang selang nasogastric - o Terpasang trakeostomi atau endotracheal tube - o Trauma / pembedahan leher, mulut dan atau wajah - o Efek agen farmakologis - o Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas	Setelah dilakukan intervensi selama maka Tingkat Aspirasi (L.01006) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - o Verbalisasi kebingungan menurun - o Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - o Perilaku gelisah menurun - o Perilaku tegang menurun - o Keluhan pusing menurun - o Anorexia menurun - o Palpitasi menurun - o Diaphoresis menurun - o Tremor menurun - o Pucat menurun - o Frekuensi pernapasan membaik - o Frekuensi nadi membaik - o Tekanan darah membaik	Pencegahan Aspirasi (I.01018) <i>Observasi :</i> - o Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan - o Monitor status pernapasan - o Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum - o Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral <i>Terapeutik :</i> - o Posisikan semifowler 30 menit sebelum memberi asupan oral - o Pertahankan semifowler pada pasien tidak sadar - o Pertahankan kepatenan jalan napas - o Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi secret meningkat - o Berikan obat oral dalam bentuk cair <i>Edukasi :</i> - o Anjurkan makan secara perlahan - o Ajarkan strategi pencegahan aspirasi - o Ajarkan Teknik mengunyah atau menelan		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:
NAMA	:
TGL LAHIR/UMUR	:

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Risiko Perdarahan (D.0012) Dengan faktor risiko : - o Aneurisma - o Gangguan gastrointestinal (mis : ulkus lambung, polip, varises) - o Gangguan fungsi hati (mis : sirosis hepatis) - o Komplikasi kehamilan (mis : ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar) - o Komplikasi pasca partum (mis : atoni uterus, retensi plasental) - o Efek agen farmakologis - o Tindakan pembedahan - o Trauma - o Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan - o Proses keganasan	Setelah dilakukan intervensi selama maka Tingkat Perdarahan (L.12111) dapat meningkat dengan kriteria hasil : - o Membran mukosa lembap meningkat - o Kelembapan kulit meningkat - o Kognitif meningkat - o Hemoptisis menurun - o Hematemesis menurun - o Hematuria menurun - o Perdarahan anus menurun - o Distensi Abdomen menurun - o Perdarahan vagina menurun - o Perdarahan pasca operasi menurun - o HB membaik - o HT membaik - o Tekanan darah membaik - o Frekuensi nadi membaik - o Suhu tubuh membaik	Pencegahan Perdarahan (I.02067) <i>Observasi :</i> - o Monitor tanda dan gejala perdarahan - o Monitor nilai HB/HT sebelum dan setelah kehilangan darah - o Monitor tanda – tanda vital ortostatik - o Monitor koagulasi (PT, PTT , fibrinogen, degradasi fibrin dan/platelet) <i>Terapeutik :</i> - o Pertahankan bedrest selama perdarahan - o Batasi Tindakan invasive, jika perlu - o Gunakan kasur pencegah dekubitus - o Hindari pengukuran suhu rektal <i>Edukasi :</i> - o Jelaskan tanda dan gejala perdarahan - o Anjurkan menghindari aspirin / antikoagulan - o Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vit K <i>Kolaborasi :</i> - o Kolaborasi pemberian obat pengontrol darah - o Kolaborasi pemberian produk darah - o Kolaborasi pemberian pelunak tinja		

Tanggal :

Jam :

NOMOR RM	:	
NAMA	:	
TGL LAHIR/UMUR	:	

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		Nama & Ttd Perawat	RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
	LUARAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN		
Risiko Syok (D.0039) Dengan faktor risiko : ○ Hipoksemia ○ Hipoksia ○ Hipotensi ○ Kekurangan volume cairan ○ Sepsis ○ Syndrome respon inflamasi sistemik	Setelah dilakukan intervensi selama maka Tingkat Syok (L.03032) dapat menurun dengan kriteria hasil : ○ Kekuatan nadi meningkat ○ Output urine meningkat ○ Tingkat kesadaran meningkat ○ Saturasi oksigen meningkat ○ Akral dingin menurun ○ Pucat menurun ○ Rasa haus menurun ○ Konfusi menurun ○ Latergi menurun ○ Asidosis metabolik menurun ○ MAP membaik ○ Tekanan darah sistolik membaik ○ Tekanan darah diastolik membaik ○ Tekanan nadi membaik ○ Frekuensi nadi membaik ○ Frekuensi napas membaik	Pencegahan Syok (I.02068) <i>Observasi :</i> ○ Monitor status kardiopulmonal ○ Monitor status oksigenasi ○ Monitor status cairan ○ Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil ○ Periksa Riwayat alergi <i>Terapetik :</i> ○ Berikan oksigen ○ Siapkan intubasi dan ventilasi mekanis jika perlu ○ Pasang jalur IV ○ Pasang Kateter urine ○ Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <i>Edukasi :</i> ○ Jelaskan penyebab/faktor risiko syok ○ Jelaskan tanda dan gejala syok awal ○ Anjurkan menghindari alergen <i>Kolaborasi :</i> ○ Kolaborasi pemberian tranfusi darah ○ Kolaborasi pemberian antiinflamasi		