

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (1)						Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ Dispnoea ☐ Lain – lain Data Obyektif ☐ Ekspansi par asimetris, ☐ kurang optimal RR..... Lain - lain	Pola Napas tidak efektif b.d. ☐ Penurunan ekspansi paru ☐ Depresi pusat pernapasan	Pola napas efektif Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam, kriteria hasil : ☐ Ekspansi paru optimal Simetris kanan dan kiri ☐ Menyatakan tidak sesak Nafas ☐ RR 16 – 20 x/menit ☐ Irama teratur	Manajemen breathing ☐ Monitor irama, frekuensi dan Kedalaman pernafasan ☐ Monitoring pola nafas : Bradipnoe, takipnoe, Hiperventilasi ☐ catat pergerakan dada ☐ palpasi ekspansi paru ☐ auskultasi suara nafas ☐ berika pasien posisi semi fowler, fowler ☐ ajarkan cara napas dalam ☐ lakukan chest fisioterapi ☐ monitor hasil rongent Manajemen Jalan Napas ☐ kaji kepatenan jalan napas ☐ buka jalan napas dengan teknik head chin lift atau jaw thrus bila perlu ☐ pasang OPT, NPT, ETT ☐ ajarkan batuk efektif ☐ lakukan suction ☐ pertahankan masukan cairan sesuai kebutuhan, monitor adanya kontraindikasi Terapi Oksigen ☐ berikan terapi oksigen nasal kanul, SM, RM, NRM sesuai kebutuhan ☐ monitor aliran oksigen ☐ monitor keefektifan terapi oksigen ☐ monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigen Kolaborasi ☐ pemberian obat-obatan		Manajemen breathing ☐ Memonitor irama, frekuensi dan Kedalaman pernafasan ☐ Meonitoring pola nafas, Bradipnoe, takipnoe, Hiperventilasi ☐ Mencatat pergerakan dada, ☐ melakukan palpasi ekspansi paru ☐ mengauskultasi suara nafas ☐ berika pasien posisi semi fowler, fowler ☐ Mengajarkan cara napas dalam yang benar ☐ Melakukan chest fisioterapi ☐ Memonitor hasil rongent Manajemen Jalan Napas ☐ Mengkaji kepatenan jalan napas ☐ Membuka jalan napas dengan teknik head chin lift atau jaw thrus bila perlu ☐ Memasang OPT, NPT, ETT ☐ Mengajarkan batuk efektif ☐ Melakukan suction dengan ☐ Mempertahankan masuk cairan sesuai kebutuhan, monitor adanya kontraindikasi Terapi Oksigen ☐ Memberikan terapi oksigen nasa kanul, SM, RM, NRM sesuai kebutuhan ☐ Memonitor aliran oksigen ☐ Memonitor keefektifan terapi oksigen ☐ Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigen Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-Obatan	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (2)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (2)					Ruang / Kelas :		
					Tanggal :		
					Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ sesak napas Data obyektif ☐ perubahan tingkat kesadaran ☐ gelisah ☐ sianosis ☐ RR.....x/menit ☐ hasil AGD ☐ lain-lain	Kerusakan pertukaran gas b.d ☐ tidak adekuatnya fungsi difusi di alveoli ☐ hipoventilasi/hiperventilasi ☐ perubahan membrane kapiler-alceoli	Pertukaran gas adekuat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.....x24 jam, kriteria hasil : – Tidak cianosis – Kesadaran compos mentis – Hasil AGD dalam batas normal ▪ PH 7.35 - 7.45 ▪ PCO2 35 – 45 ▪ HCO3 22 -26 ▪ PaO2 80 – 100 ▪ BE -2,5 - + 2,5 ☐ RR 16 -20 x/menit ☐ suara napas vesikuler	Manajemen asam basa – Kaji perlunya pemeriksaan AGD – Monitor gambaran seri AGDDan elektrolit – Jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dari tndakan dan pengobatan asam basa – Koreksi hasil AGD – Manajemen Breathing – Monitor irama, frekuensi dan kedalaman pernapasan – Auskultasi suara napas – Catat adanya cianosis perifer – Berikan pasien posisi semi fowler/fowler – Pasang ventilasi mekanik bila diperlukan – Ajarkan cara napas dalam yang benar – Lakukan chest fisioterapi – Monitor hasil rongent Manajemen Jalan Napas ☐ kaji kepatenan jalan napas ☐ buka jalan napas dengan teknik head chin lift atau ja thrus bila perlu ☐ pasang OPT, NPT, ETT ☐ lakukan fisioterapi dada ☐ lakukan suction dengan prinsip 3A(aseptik,asianotik,atraumatik) Terapi Oksigen ☐ monitor aliran oksigen ☐ monitor keefektifan terapi oksigen menggunakan kanul/SM/RM/NRM/sesuai kebutuhan ☐ monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigen Kolaborasi ☐ pemberian obat-obatan ☐ pemeriksaan laboratorium/radiologi		Manajemen asam basa – Mengkaji perlunya pemeriksaan AGD – Memonitor gambaran seri AGDDan elektrolit – Menjelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dari tndakan dan pengobatan asam basa – Mengkoreksi hasil AGD – Manajemen Breathing – Memonitor irama, frekuensi dan kedalaman pernapasan – Melakukan auskultasi suara napas – Mencatat adanya cianosis perifer – Memberikan pasien posisi semi fowler/fowler – Memasang ventilasi mekanik bila diperlukan – Mengajarkan cara napas dalam yang benar – Melakukan chest fisioterapi – Memonitor hasil rongent Manajemen Jalan Napas ☐ Mengkaji kepatenan jalan napas ☐ Membuka jalan napas dengan teknik head chin lift atau jaw thrus bila perlu ☐ Memasang OPT, NPT, ETT ☐ Melakukan fisioterapi dada ☐ Melakukan suction dengan prinsip3A (aseptik,asianotik, atraumatik) Terapi Oksigen ☐ Memonitor aliran oksigen ☐ Memonitor keefektifan terapi oksigen menggunakan kanul/SM/RM/NRM/sesuai kebutuhan. ☐ Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigen Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-o ☐ Melakukan pemeriksaan laboratorium/radiologi ☐ Melakukan konsultasi dan lain-lain	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
--	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (3)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (3)						Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ sesak napas ☐ batuk berdahak ☐ dahak sulit keluar ☐ malaise Data obyektif : ☐ wheezing ☐ clanosis ☐ RR.....x/menit ☐ hasil RO..... ☐ lain –lain.....	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d Kolaborasi ☐ bronkospasme ☐ peningkatan produksi sekret ☐ Oedema bronkus	Bersihkan jalan napas efektif setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam, Kriteria hasil : ☐ tidak sesak napas Suara napas bronkovesikuler ☐ RR 16 – 20 x/menit ☐ dahak dapat keluar ☐ batuk efektif	Manajemen jalan napas ☐ kaji kepatenan jalan napsa dengan melihat pengembangan dada, merasakan hembusan nafas dan dengarkan ada suara nafas ☐ identifikasi adanya suara nafas tambahan (gurgling, snoring, stridor) ☐ buka jalan napas dengan teknik head chin lift atau jaw thrus bila perlu ☐ pasang OPT, NPT, ETT ☐ ajarkan batuk efektif ☐ pertahankan masukan cairan sesuai kebutuhan, monitor adanya kontraindikasi Suction Jalan Papas ☐ kaji perlunya dilakukan suction ☐ Auskultasi bunyi napas sebelum dan sesudah suction ☐ jelaskan pada keluarga dan pasien perlunya tindakan suction ☐ lakukan suction dengan prinsip 3A (aseptik, asianotik atraumatik) ☐ monitor status hemodinamik, ☐ edukasi pentingnya dilakukan suction Terapi Oksigen ☐ monitor aliran oksigen ☐ monitor keefektifan terapi oksigen ☐ monitor adanya kecemasan pasien terhada oksigen ☐ berikan terapi oksigen nasal kanul / SM / RM / NRM Kolaborasi ☐ Pemberian Obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium/radiologi ☐ Konsultasi ☐ lain-lain		Manajemen jalan napas ☐ Mengkaji kepatenan jalan napsa dengan melihat pengembangan dada,merasakan hembusan nafas dan dengarkan ada suara nafa Mengidentifikasi adanya suara nafas tambahan (gurgling, snoring, stridor) ☐ Membuka jalan napas dengan teknik head chin lift atau jaw thrus bila perlu ☐ Memasang OPT, NPT, ETT ☐ Mengajarkan batuk efektif ☐ Mempertahankan masukan cairan sesuai kebutuhan, monitor adanya kontraindikasi Suction Jalan Papas ☐ Mengkaji perlunya dilakukan suction ☐ melakukan auskultasi bunyi napas sebelum dan sesudah suction ☐ Menjelaskan pada keluarga dan pasien perlunya tindakan suction ☐ Melakukan suction dengan prinsip 3A (aseptik, asianotik atraumatik) ☐ Memonitor status hemodinamik, oksigenasi sebelum, selama dan sesudah suction ☐ Mengedukasi pentingnya dilakukan suction Terapi Oksigen ☐ Memonitor aliran oksigen ☐ Memonitor keefektifan terapi oksigen ☐ Memonitor adanya kecemasan pasien terhada oksigen ☐ Memberikan terapi oksigen nasal kanul / SM / RM / NRM (sesuai kebutuhan) Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian Obat-obatan ☐ Melakukan pemeriksaan laboratorium ☐ melakukan pemeriksaan Radiologi ☐ Melakukan konsultasi ☐ lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (4)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (4)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ sesak napas saat mobilitas ☐ palpitasi ☐ pusing/sinkope ☐ nyeri dada saat mobilitas Data obyektif : ☐ akral dingin saat mobilitas ☐ cianosis ☐ perubahan tanda vital saat mobilitas ☐ lemah ☐ tanda vital ☐ lain – lain 	Intoleransi aktifitas b.d ☐ kelemahan fisik ☐ bedrest ☐ penurunan perfusi jaringan	Pasien toleransi terhadap aktifitas setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam, kriteria hasil : ☐ tak ada keluhan saat aktifitas ☐ tak ada cianosis, akral dingin saat mobilitas ☐ tak ada perubahan tanda vital saat morbilitas ☐ mampu aktifitas secara bertahap	Terapi Aktifitas ☐ kaji ulang tanda dan gejala yang tidak toleran terhadap aktifitas ☐ kaji adanya sesak napas dan nyeri dada setelah beraktifitas ☐ batasi aktifitas saat nyeri dan sesak napas ☐ bantu menentukan level aktifitas sesuai kondisi klien ☐ tingkatkan level secara bertahap ☐ monitor kardiorespirasi terhadap aktifitas ☐ ajarkan teknik mengontrol nyeri, pernafasan ketika beraktifitas ☐ ciptakan lingkungan tenang dan aman selama aktifitas ☐ berikan reinforcement positif terhadap aktifitas yang dilakukan pasien ☐ monitor respon emosi , fisik, sosial dan spitritual terhadap aktifitas yang dilakukan ☐ edukasi tentang level aktifitas yang boleh dilakukan Manajemen Energi ☐ monitor adanya kelelahan dan kelemahan klien ☐ kaji pengetahuan pasien atau keluarga terhadap penyebab kelemahan ☐ monitor inatake nutrisi sebagai sumber energy ☐ batasi stimuli lingkungan ☐ batasi jumlah pengunjung ☐ rencanakan periode aktifitas ketika pasien cukup energi Kolaborasi ☐ Pemberiaan obat-obatan ☐ konsultasi ☐ Lain-lain 		Terapi Aktifitas ☐ Mengkaji ulang tanda dan gejala yang tidak toleran terhadap aktifitas ☐ Mengkaji adanya sesak napas dan nyeri dada setelah beraktifitas ☐ Membatasi aktifitas saat nyeri dan sesak napas ☐ Membantu menentukan level aktifitas sesuai kondisi klien ☐ meningkatkan level secara bertahap ☐ monitor kardiorespirasi terhadap aktifitas ☐ Mengajarkan teknik mengontrol nyeri, pernafasan ketika beraktifitas ☐ Menciptakan lingkungan tenang dan aman selama aktifitas ☐ Memberikan reinforcement positif terhadap aktifitas yang dilakukan pasien ☐ Memonitor respon emosi , fisik, sosial dan spitritual terhadap aktifitas yang dilakukan ☐ Mengedukasi tentang level aktifitas yang boleh dilakukan Manajemen Energi ☐ Memonitor adanya kelelahan dan kelemahan klien ☐ Mengkaji pengetahuan pasien atau keluarga terhadap penyebab kelemahan ☐ Memonitor inatake nutrisi sebagai sumber energy ☐ Membatasi stimuli lingkungan ☐ Membatasi jumlah pengunjung ☐ Merencanakan periode aktifitas ketika pasien cukup energi Kolaborasi ☐ Melakukan pemberiaan obat-obatan ☐ Melakukan konsultasi ☐ Lain-lain 	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (5)

Ruang / Kelas :
Tanggal :
Jam :

Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Lemah ☐ intake cairan kurang dari Kebutuhan Data Obyektif ☐ urine < 0,5 – 1 ml/Kg BB/ Jam ☐ balance cairan negatif ☐ hasil pemeriksaan Laborat ☐ lain-lain	Kurang volume cairan b.d ☐ kehilangan cairan berlebih ☐ intake kurang ☐ kegagalan mekanisme pengaturan tubuh (buffer system)	Volume cairan adekuat Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam, kriteria hasil : ☐ balance cairan adekuat ☐ turgor kulit baik ☐ kulit dan membrane mukosa lembab ☐ tidak mual dan tidak muntah ☐ hasil laborat normal (elektrolit) ☐ TD 100/70 - 120/80 mmHg ☐ MAP 70 -100 mmHg ☐ HR 60 - 100 x/menit ☐ RR 16 – 20 x/menit ☐ suhu 36,5 – 37,5 °C	Manajemen cairan ☐ monitor perubahan BB tiap hari ☐ ajak pasien/keluarga mengidentifikasi penyebab kekurangan cairan ☐ pertahankan intake dan output yang adekuat ☐ pasang kateter urine jika perlu ☐ monitor status hidrasi (membrane mukosa, nadi, dan perubahan TD) ☐ monitor hasil laboratorium yang terkait cairan (peningkatan BUN, hematokrit dan osmolaritas urin) ☐ monitor status hemodinamik (CVP, MAP, PAP, PCWP) ☐ Monitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ monitor tanda retensi/overload cairan (crackles, edema JVP, ascites) ☐ pasang IV line dan berikan cairan sesuai kebutuhan ☐ berikan produk darah/tranfuse sesuai kebutuhan ☐ monitor kada elektrolit ☐ edukasi tentang pentingnya kecukupan cairan Kolaborasi ☐ pemberian obat-obatan ☐ pemeriksaan laboratorium ☐ konsultasi ☐ Lain-lain		Manajemen cairan ☐ Memonitor perubahan BB tiap hari ☐ Mengajak pasien/keluarga mengidentifikasi penyebab kekurangan cairan ☐ Mempertahankan intake dan output yang adekuat ☐ Memasang kateter urine jika perlu ☐ Memonitor status hidrasi (membrane mukosa, nadi, dan perubahan TD) ☐ Memonitor hasil laboratorium yang terkait cairan (peningkatan BUN, hematokrit dan osmolaritas urin) ☐ Memonitor status hemodinamik (CVP, MAP, PAP, PCWP) ☐ Memonitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ Memonitor tanda retensi/overload cairan (crackles, edema JVP, ascites) ☐ Memasang IV line dan berikan cairan sesuai kebutuhan ☐ Memberikan produk darah/tranfuse sesuai kebutuhan ☐ Memonitor kada elektrolit ☐ Mengedukasi tentang pentingnya kecukupan cairan Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ Melakukan pemeriksaan laboratorium ☐ Melakukan konsultasi ☐ Lain-lain	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (6)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Lemah ☐ intake cairan lebih dari Kebutuhan Data Obyektif ☐ oedema ☐ urine < 0,5 – 1 ml/Kg BB/ Jam ☐ balance cairan positif/negatif ☐ ascites ☐ hasil pemeriksaan Laborat ☐ lain-lain	Kelebihan volume cairan b.d ☐ kegagalan mekanisme pengaturan tubuh (buffer system) ☐ intake cairan lebih dari kebutuhan	Volume Cairan adekuat setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam, kriteria hasil : ☐ tak ada odema ☐ Balance cairan adekuat ☐ hasil elektrolit dalam batas normal ☐ tidak ada ascites ☐ TD 100/70 -120/80mmHg ☐ MAP 70 -100 mmHg ☐ HR 60 – 100 x /menit ☐ RR 16 – 20 x/menit ☐ suhu 36,5 -37,5 °C	Manajemen Cairan ☐ monitorperubahan BB tiap hari ☐ monitor intake dan output cairan ☐ monitor status hidrasi ☐ monitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ monitor status hemodinamik (CVP,MAP,PAP,PCWP) ☐ pasang kateter urine jika perlu ☐ monitor hasil laboratorium yang terkait dengan retensi cairan (peningkatan natrium, penurunan oamolaritas urin) ☐ monitortanda retensi/overload Cairan (cracie,edema,JVP,ascites) ☐ pasang IV line monitor pemberian cairan sesuai kebutuhan ☐ tentukan faktor resiko terhadap ketidakseimbangan cairan ☐ monitor serum albumin dan protein total ☐ laksanakan program terapi obat-obatan yang memperlancar output urine ☐ batasi diet yang menyebabkan retensi cairan (garam,makanan mengandung natrium,minum) ☐ edukasi tentang pembatasan cairan Kolaborasi ☐ pemberian obat-obatan ☐ pemeriksaan laboratorium ☐ konsultasi ☐ lain-lain		Manajemen Cairan ☐ Memonitorperubahan BB tiap hari ☐ Memonitor intake dan output cairan ☐ Memonitor status hidrasi ☐ Memonitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ Memonitor status hemodinamik (CVP,MAP,PAP,PCWP) ☐ Memaasang kateter urine jika perlu ☐ Memonitor hasil laboratorium yang terkait dengan retensi cairan (peningkatan natrium, penurunan oamolaritas urin) ☐ Memonitor tanda retensi/overload Cairan (cracie,edema,JVP,ascites) ☐ Memasang IV line monitor pemberian cairan sesuai kebutuhan ☐ Menentukan faktor resiko terhadap ketidakseimbangan cairan ☐ Memonitor serum albumin dan protein total ☐ Melaksanakan program terapi obat-obatan yang memperlancar output urine ☐ Membatasi diet yang menyebabkan retensi cairan (garam,makanan mengandung natrium,minum) ☐ Mengedukasi tentang pembatasan cairan Kolaborasi ☐ Melakukanpemberian obat-obatan ☐ Melakukan pemeriksaan laboratorium ☐ Melakukan konsultasi ☐ lain-lain	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (7)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi Nama TT
	Data subyektif ☐ lemah ☐ sesak nafas ☐ kesadaran menurun ☐ nyeri dada skala ☐ pusing /sinkope Data obyektif ☐ akral dingin ☐ CAPILLARY REVILL TIME > 3 detik ☐ urine < 0,5 -1 ml/kgBB/jam ☐ edema ☐ cianosis ☐ ascites ☐ tanda vital ☐ hasil pemeriksaan laborat ☐ lain –lain	Penurunan curah jantung b.d ☐ perubahan/preload/ afterload kontraktilitas myocard ☐ peningkatan beban kerja jantung ☐ perubahan irama/konduksi elektrik jantung	Curah jantung adekuat setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam, kriteria hasil : ☐ kesadaran CM ☐ TD 100/70 – 120/80 mmHg ☐ MAP 70 – 100 mmHg ☐ HR 60 – 100 x/menit ☐ RR 16 – 20 x/menit ☐ Akral hangat ☐ capillary revil time < 3 detik ☐ urine 0,5 -1 ml/kgBB/jam ☐ tak ada edema, ascites ☐ tak ada nyeri dada	Perawatan jantung ☐ monitor status kardiovaskuler ☐ evaluasi adanya nyeri dada ☐ catat adanya disritmia ☐ catat adanya penurunan cardiac output ☐ monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung ☐ atur posisi baring semifowler/fowler ☐ lakukan perekaman EKG ☐ monitor balance cairan ☐ pasang kateter urine jika perlu ☐ monitor hasil laboratorium yang terkait dengan retensi cairan ☐ monitor status hemodinamik (CVP,MAP,PAP,PCWP) ☐ monitor tanda retensi/overload cairan ☐ monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antlaritmia ☐ pasang IV line dan monitor pemberian cairan sesuai kebutuhan ☐ monitor kadar elektrolit abnormal ☐ lakukan vagal manauver ☐ cegah vaisava manauver ☐ edukasi tentang pembatasan cairan, pembatasan pengunjung, larangan mengejan, kurangi garam) Monitor Tanda Vital ☐ monitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ monitor kualitas nadi perifer ☐ monitor bunyi jantung ☐ monitor sianosis perifer ☐ identifikasi penyebab dari perubahan tanda vital Kolaborasi ☐ pemberian obat-obatan ☐ pemeriksaan laboratorium ☐ konsultasi ☐ lain-lain		Perawatan jantung ☐ Memonitor status kardiovaskuler ☐ Mengevaluasi adanya nyeri dada ☐ Mencatat adanya disritmia ☐ Mencatat adanya penurunan cardiac output ☐ Memonitor status pernafasan yang menandakan gagl jantung ☐ Mengatur posisi baring semifowler/fowler ☐ Melakukan perekaman EKG ☐ Memonitor balance cairan ☐ Memasang kateter urine jika perlu ☐ Memonitor hasil laboratorium yang terkait dengan retensi cairan (peningkatan natrium, penurunan osmolaritas urin) ☐ Memonitor status hemodinamik (CVP,MAP,PAP,PCWP) ☐ Memonitor tanda retensi/overload cairan (cracles, edema JVP ascites) ☐ Memonitor respon pasien terhadap efek pengobatan antlaritmia ☐ Measang IV line dan monitor pemberian cairan sesuai kebutuhan ☐ Memonitor kadar elektrolit abnormal ☐ Melakukan vagal manauver ☐ Mencegah vaisava manauver ☐ Mengedukasi tentang pembatasan cairan, pembatasan pengunjung, larangan mengejan, kurangi garam) Monitor Tanda Vital ☐ Memonitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ Memonitor kualitas nadi perifer ☐ Memonitor bunyi jantung ☐ Memonitor sianosis perifer ☐ Mengidentifikasi penyebab dari perubahan tanda vital Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ Melakukan pemeriksaan laboratorium ☐ Melakukan konsultasi ☐ lain-lain

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (8)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ karakteristik nyeri : P : Q : R : S : skala nyeri..... T : Data Obyektif : ☐ pasien membatasi aktifitas karena nyeri ☐ tampak membebat /memegang daerah nyeri ☐ ekspresi wajah ☐ tanda vital ☐ hasil pemeriksaan laborat ☐ lain – lain	Nyeri akut/kronis b.d ☐ iskemi jaringan ☐ proses inflamasi ☐ peningkatan TIK ☐ diskontinuitas jaringan	Nyeri teratasi/berkurang setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam, kriteria hasil : ☐ tak ada keluhan nyeri ☐ ekspresi wajah rileks ☐ bebas nyeri saat aktifitas ☐ TD 100/70 – 120 /80 mmHg ☐ HR 60 – 100 x/menit ☐ skala nyeri 0 atau berkurang	Manajemen nyeri ☐ kaji nyeri (PQRST) ☐ monitor tanda vital dan skala nyeri secara teratur ☐ observasi reaksi non verbal ☐ jelaskan penyebab nyeri ☐ ajarkan teknik relaksasi dan atau distraksi ☐ jelaskan jenis aktifitas yang dapat dilakukan selama periode nyeri ☐ batasi pengunjung terutama saat nyeri akut ☐ tingkatkan istirahat ☐ jelaskan pada keluarga peran yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri ☐ batasi aktifitas selama periode nyeri ☐ minimalkan stimuli yang menyebabkan peningkatan nyeri ☐ lakukan perekaman EKG ☐ berikan oksigen sesuai indikasi Administrasi analgesik ☐ tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian analgesik ☐ monitor tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik ☐ cek instruksi dokter tentang jenis obat,dosis, frekuensi ☐ cek riwayat alergi analgesik ☐ evaluasi aktifitas analgesik tanda dan gejala ☐ edukasi sebelum pemberian analgesik Kolaborasi ☐ pemberian obat-obatan ☐ konsultasi ☐ lain – lain		Manajemen nyeri ☐ Mengkaji nyeri (PQRST) ☐ Memonitor tanda vital dan skala nyeri secara teratur ☐ Mengobservasi reaksi non verbal ☐ Menjelaskan penyebab nyeri ☐ Mengajarkan teknik relaksasi dan atau distraksi ☐ Menjelaskan jenis aktifitas yang dapat dilakukan selama periode nyeri ☐ Membatasi pengunjung terutama saat nyeri akut ☐ Meningkatkan istirahat ☐ Menjelaskan pada keluarga peran yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri (message,kompres hangat/dingin dll) ☐ Membatasi aktifitas selama periode nyeri ☐ Meminimalkan stimuli yang menyebabkan peningkatan nyeri ☐ Melakukan perekaman EKG ☐ Memberikan oksigen sesuai indikasi Administrasi analgesik ☐ Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian analgesik ☐ Memonitor tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik ☐ Mengecek instruksi dokter tentang jenis obat,dosis, frekuensi ☐ Mengecek riwayat alergi analgesik ☐ Mengevaluasi aktifitas analgesik tanda dan gejala (efek samping) ☐ Mengedukasi sebelum pemberian analgesik Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ Melakukan konsultasi ☐ lain – lain	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (9)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ palpitasi ☐ lemas ☐ nyeri dada ☐ sesak napas ☐ cianosis Data obyektif : ☐ akral dingin ☐ CAPILLARY REVIL TIME > 3 menit ☐ Nadi lemah /tidak teratur ☐ anemis ☐ tanda vital TD ☐ Nadi ☐ RR ☐ hasil pemeriksaan laborat ☐ lain – lain	Perubahan perfusi jaringan jantung paru b.d ☐ iskemi jaringan ☐ penurunan curah jantung ☐ kerusakan jaringan jantung/paru ☐ diskontinuitas jaringan	Perfusi Jaringan Jantung paru adekuat setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam, kriteria hasil : ☐ tidak ada nyeri dada ☐ tidak ada sesak napas ☐ tidak ada palpitasi ☐ capillary revil time < 3detik ☐ akral hangat ☐ TD 100/70 – 120/80 mmHg ☐ MAP 70 – 100 mmHg ☐ HR 60 -100 x/menit ☐ RR 16 – 20 x/menit ☐ tidak anemis ☐ urine 0,5 – 1 ml/kgBB/jam	Perawatan Jantung ☐ monitor status Kardiovaskuler (TTV, EKG, Parameter, emodinamik) ☐ eveluasi adanya nyeri dada ☐ catat adanya disritmia ☐ Catat adanya tanda-tanda penurunan cardiac output ☐ Monitor balance cairan ☐ Auskultasi bunyi jantung ☐ Lakukan perekaman EKG ☐ Jelaskan ke pasien untuk membatasi aktifitas, Membatasi pengunjung dan menghindari mengejan ☐ Monitor kualitas nadi ferifer ☐ Monitor CAPILLARY REVIL TIME Perawatan baru ☐ Monitor status pernafasan ☐ Monitor frekuensi,irama dan kedalaman pernafasan ☐ Catatan pergerakan dada, kesimetrisan ,penggunaan otot bantu pernafasan ☐ atur posisi baring semifowler/fowler ☐ Kaji kemampuan pasien untuk batuk efektif ☐ Monitor gambaran paru melalui foto ☐ Atur posisi kepala gunakan tehnik chin lift/jaw trust ☐ Monitor perubahan analisa gas darah dan volume tidal Oxygen therapy ☐ Berikan terapi oksigen nasal kanul,SM,RM,NRM sesuai kebutuhan ☐ Monitor aliran oksigen ☐ Monitor keefektifan terapi oksigen ☐ Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigen Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan Laboratorium ☐ Pemeriksaan radiologi ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Perawatan Jantung ☐ Memonitor status Kardiovaskuler (TTV, EKG, Parameter, emodinamik) ☐ Mengevaluasi adanya nyeri dada ☐ Mencatat adanya disritmia ☐ Mencatat adanya tanda-tanda penurunan cardiac output ☐ Memonitor balance cairan ☐ Melakukan auskultasi bunyi jantung ☐ Melakukan perekaman EKG ☐ Menjelaskan ke pasien untuk membatasi aktifitas,Membatasi pengunjung dan menghindari mengejan ☐ Memonitor kualitas nadi ferifer ☐ Memonitor CAPILLARY REVIL TIME Perawatan baru ☐ Memonitor status pernafasan ☐ Memonitor frekuensi,irama dan kedalaman pernafasan ☐ Melakukan catatan pergerakan dada,kesimetrisan,penggunaan otot bantu pernafasan ☐ Mengatur posisi baring semifowler/fowler ☐ Mengkaji kemampuan pasien untuk batuk efektif ☐ Memonitor gambaran paru melalui foto ☐ Mengatur posisi kepala gunakan tehnik chin lift/jaw trust ☐ Memonitor perubahan analisa gas darah dan volume tidal Oxygen therapy ☐ Memberikan terapi oksigen nasal kanul,SM,RM,NRM sesuai kebutuhan ☐ Memonitor aliran oksigen ,Memonitor keefektifan terapi oksigen ☐ Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigen Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ Melakukan pemeriksaan Laboratorium ☐ Melakukan pemeriksaan radiologi ☐ Melakukan konsultasi ☐ Lain-lain	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (10)

					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ anggota gerak kaku, lemah, baal ☐ lemas ☐ nyeri kepala ☐ pusing ☐ kesemutan Data obyektif ☐ perubahan tingkat kesadaran ☐ disorientasi orang, waktu, tempat dan situasi ☐ hemiplegi/hemiparaese ☐ hambatan komunikasi ☐ TD ≤90/60 atau ≥180/100 ☐ nadi ☐ RR ☐ GCS : EM.....V..... ☐ pupil ☐ hasil CT scan : ☐ lain-lain	Perubahan perfusi jaringan cerebral b.d. ☐ iskemi jaringan otak ☐ penurunan oksigen otak ☐ kerusakan saraf otak ☐ pendarahan otak	Perfusi jaringan cerebral adekuat setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam dengan kriteria hasil : ☐ GCS E : 4 V M : 6 ☐ TD stabil antara : 90/60 s/d 180/100 mmHg ☐ HR 16-100 x/menit ☐ RR 16-20 x/menit ☐ meningkatnya tingkat kesadaran,kognitif, motorik,sensorik ☐ tidak ada nyeri kepala dan pusing ☐ tidak ada tanda peningkatan TIK	Monitor status Neurologi ☐ monitor status neurologi : kesadaran, GCS, pupil, sensorik, motorik ☐ monitor status orientasi terhadap waktu,tempat,orang dan situasi ☐ monitor tanda peningkatan TIK : Muntah proyektil, nyeri kepala , pandangan kabur ☐ edukasi pasien perlunya dimonitoring status neurologisnya secara kontinue Tingkatkan perfusi cerebral ☐ atus posisi kepala elevasi 15-30° ☐ pertahankan tirah baring selama 48-72 jam ☐ cegah valsava manuver ☐ berikan oksigen sesuai kebutuhan ☐ manajemen lingkungan ☐ edukasi pasien/keluarga tentang pencegahan resiko jatuh Monitor tanda vital ☐ Monitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ identifikasi perubahan tanda vital ☐ laporkan perubahan tanda vital Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan Laboratorium ☐ Pemeriksaan radiologi ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain 		Monitor status Neurologi ☐ Memonitor status neurologi :kesadaran, GCS, pupil, sensorik, motorik ☐ Memonitor status orientasi terhadap waktu,tempat,orang dan situasi ☐ Memonitor tanda peningkatan TIK :Muntah proyektil, nyeri kepala , pandangan kabur ☐ Mengedukasi pasien perlunya dimonitoring status neurologisnya secara kontinue Tingkatkan perfusi cerebral ☐ Mengatur posisi kepala elevasi 15-30° ☐ Mempertahankan tirah baring selama 48-72 jam ☐ Mencegah valsava manuver ☐ Memberikan oksigen sesuai kebutuhan ☐ Melakukan manajemen lingkungan ☐ Mengedukasi pasien/keluarga tentang pencegahan resiko jatuh Monitor tanda vital ☐ Memonitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ Mengidentifikasi perubahan tanda vital ☐ Melaporkan perubahan tanda vital Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ Melakukan pemeriksaan Laboratorium ☐ Melakukan pemeriksaan radiologi ☐ Melakukan konsultasi ☐ Lain-lain 	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (11)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ lemas Data obyektif : ☐ akral dingin ☐ cianosis ☐ edema ☐ CAPILLARY REVIL TIME > 3 detik ☐ tanda vital TD ☐ Nadi ☐ RR ☐ hasil pemeriksaan laborat ☐ lain – lain	Perubahan perfusi perifer b.d ☐ penurunan curah jantung ☐ penurunan aliran darah (vasokonstriksi, hipovolemi hipervolemi tromboemboli)	Perfusi jaringan otak adekuat setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam dengan kriteria hasil : ☐ tidak ada edema ☐ akral hangat ☐ CAPILLARY REVIL TIME < 3 detik ☐ TD 100/70 – 120/80 mmHg ☐ MAP 70-100 mmHg ☐ HR 60-100 x/menit ☐ RR 16-20 x/menit ☐ urine 0,5 – 1 ml/kgBB/jam	Monitoring perfusi jaringan ☐ monitor CAPILLARY REVIL TIME, saturasi oksigen ☐ monitor urine output ☐ monitor balance cairan ☐ monitor pendarahan ☐ monitor warna, kelembaban, Kehangatan Tingkatkan perfusi jaringan ☐ timbang BB tiap hari bila Memungkinkan ☐ elevasi ekstremitas bawah bila edema ☐ pasang IV line ☐ pasang DC bila perlu ☐ hangatkan tubuh pasien Monitor tanda vital ☐ monitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ monitor kualitas nadi perifer ☐ monitor sianosis perifer ☐ identifikasi penyebab dari perubahan tanda vital Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan		Monitoring perfusi jaringan ☐ Memonitor CAPILLARY REVIL TIME, saturasi oksigen ☐ Memonitor urine output ☐ Memonitor balance cairan ☐ Memonitor pendarahan ☐ Memonitor warna, kelembaban, Kehangatan Tingkatkan perfusi jaringan ☐ Menimbang BB tiap hari bila Memungkinkan ☐ Melakukan elevasi ekstremitas bawah bila edema ☐ Memasang IV line ☐ Memasang DC bila perlu ☐ Menghangatkan tubuh pasien Monitor tanda vital ☐ Memonitor tanda vital sesuai kebutuhan ☐ Memonitor kualitas nadi perifer ☐ Memonitor sianosis perifer ☐ Mengidentifikasi penyebab	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
--	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (12)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ anggota gerak kaku, lemah, baal ☐ tremor ☐ kelumpuhan ☐ pusing ☐ kesemutan ☐ nyeri untuk mobilitas Data obyektif ☐ akral dingin ☐ perubahan tingkat kesadaran ☐ kejang ☐ mobilitas dibantu ☐ hemiplegi/hemiparaese ☐ tetraplegi/tetraparaese ☐ hambatan komunikasi ☐ kesadaran ☐ tanda vital - TD..... ☐ Nadi..... ☐ RR ☐ GCS: - E : M: V: ☐ hasil pemeriksaan laborat ☐ kekuatan otot ☐ lain –lain	Gangguan moobilitas fisik b.d. ☐ kerusakan muskuloskeletal ☐ kerusakan saraf motorik ☐ kerusakan saraf otak ☐ kontraktur	Perfusi jaringan adekuat setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam, kriteria hasil : ☐ ekstremitas tidak lemas, tidak kaku, dan tidak baal ☐ tidak ada nyeri untuk mobilitas dan pusing ☐ tidak ada kesemutan dan pusing ☐ akral hangat ☐ tanda vital normal ☐ tidak ada tremor, lumpuh anggota gerak ☐ kekuatan oto 3-4 ☐ tidak ada hemiplegi, hemiparaese, tetraplegi, tetraparaese ☐ GCS Normal ☐ hasil pemeriksaan	Latihan terapi ambulasi ☐ kenakan baju pada pasien yang tidak ketat ☐ bantu pasien menggunakan alat bantu jalan ☐ gunakan tempat tidur yang rendah jika memungkinkan ☐ bantu pasien merubah posisi, pindah dari tempat tidur ke tempat lain ☐ lakukan ROM aktif maupun pasif ☐ jelaskan ke pasien teknik ambulasi dan pindah yang aman Pengaturan posisi ☐ batasi atau bantu posisi bagian Tubuh pasien ☐ elevasikasikan bagian tubuh tertentu jika diperlukan ☐ berikan bantalan pada area yang adem/bengkak ☐ atur posisi untuk memfasilitasi ventilasi/perfusi sesuai kebutuhan ☐ berikan bantalan pada leher pasien secara periodik ☐ posisikan untuk memudahkan drainase urine dan mengurangi tekanan pada luka ☐ monitor pemasangan traksi dan efektifitasnya ☐ elevasikan kepala sesuai kebutuhan ☐ ganti posisi tidur pasien tiap 2 jam atau sesuai jadwal ☐ gunakan bed fungsional untuk memudahkan pengaturan posis Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan Laboratorium ☐ Pemeriksaan radiologi ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Latihan terapi ambulasi ☐ Mengenakan baju pada pasien yang idak ketat ☐ Membantu pasien menggunakan alabt antu jalan menggunakan tempat tidur yang rendah jika memungkinkan ☐ Membantu pasien merubah posisi, pindah dari tempat tidur ke tempat lain ☐ Melakukan ROM aktif maupun pasif ☐ MEnjelaskan ke pasien teknik ambulasi dan pindah yang aman Pengaturan posisi ☐ Membatasi atau bantu posisi bagian tubuh pasien ☐ Melakukan elevasikan bagian tubuh tertentu jika diperlukan ☐ Memberikan bantalan pada area yang adem/bengkak ☐ Mengatur posisi untuk memfasilitasi ventilasi/perfusi sesuai kebutuhan ☐ Memberikan bantalan pada leher pasien secara periodik ☐ Memposisikan untuk memudahkan drainase urine dan mengurangi tekanan pada luka ☐ memonitor pemasangan traksi dan efektifitasnya ☐ Melakukan elevasikan kepala sesuai kebutuhan ☐ Mengganti posisi tidur pasien tiap 2 jam atau sesuai jadwal ☐ Menggunakan bed fungsional untuk memudahkan pengaturan posisi Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ melakukan pemeriksaan Lab	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (13)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ mual ☐ muntah ☐ badan lemas ☐ anoreksia ☐ nyeri/sulit menelan ☐ diare ☐ nyeri perut ☐ porsi makan Data obyektif : ☐ kembung ☐ conjunctiva anemis ☐ stomatis ☐ hemiplegi/hemiparaese ☐	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d. ☐ intake kurang ☐ peningkatan metabolisme ☐ malabsorpsi ☐ defisiensi insulin ☐ pengeluaran berlebih	Nutrisi Terpenuhi setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam, kriteria hasil : ☐ Tidak mual, muntah dan Anoreksi ☐ Tidak ada nyeri telan ☐ Makan satu porsi, habis ☐ Diare tidak ada ☐ Tidak ada nyeri perut dan Kembung ☐ Konjunctiva tidak anemis ☐ Stomatitis tidak ada ☐ BB meningkat	Manajemen Nutrisi ☐ Hindari makanan yang Merangsang nafsu makan ☐ Pasang NGT ☐ Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori ☐ Kaji kemampuan pasien untuk Mendapatkan nutrisi yang Dibutuhkan ☐ Kolaborasi dengan ahli gizi Untuk menentukan jumlah Kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien ☐ Berikan makanan yang terpilih (Sudah dikonsultasikan Dengan ahli gizi) ☐ Edukasi pasien tentang diet Pasien Monitor Nutrisi ☐ Monitor adanya penurunan berat badan ☐ Monitor kulit kering dan Perubahan pigmentasi ☐ Monitor turgor kulit ☐ Monitor kekeringan, rambut Kusam, dan mudah patah ☐ Monitor mual dan muntah ☐ Monitor kadar albumin, total Protein, HB, kadar Hct ☐ Monitor pucat, kemerahan dan Kekeringan jaringan Konjungtiva ☐ Monitor kalori dan intake Nutrisi ☐ Catat adanya edema, hiperemik Hipertonik papila lidah dan Cavitas oral Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan Laboratorium ☐ Pemeriksaan radiologi ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Manajemen Nutrisi ☐ Menghindari makanan yang Merangsang nafsu makan ☐ Memasang NGT ☐ Memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori ☐ MengKaji kemampuan pasien untuk Mendapatkan nutrisi yang Dibutuhkan ☐ melakukan kolaborasi dengan ahli gizi Untuk menentukan jumlah Kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien ☐ Memberikan makanan yang terpilih (Sudah dikonsultasikan Dengan ahli gizi) ☐ Melakukan edukasi pasien tentang diet Pasien Monitor Nutrisi ☐ Memonitor adanya penurunan berat badan ☐ Memonitor kulit kering dan Perubahan pigmentasi ☐ Memonitor turgor kulit ☐ Memonitor kekeringan, rambut Kusam, dan mudah patah ☐ Memonitor mual dan muntah ☐ Memonitor kadar albumin, total Protein, HB, kadar Hct ☐ Memonitor pucat, kemerahan dan Kekeringan jaringan Konjungtiva ☐ Memonitor kalori dan intake Nutrisi ☐ Mencatat adanya edema, hiperemik Hipertonik papila lidah dan Cavitas oral Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ Melakukan pemeriksaan Laboratorium ☐ Melakukan pemeriksaan radiologi ☐ Melakukan konsultasi ☐ Lain-lain	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
--	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (14)						Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ gangguan penglihatan ☐ kelemahan ☐ pusing ☐ vertigo Data Obyektif ☐ kejang ☐ kesadaran ☐ GCS : E.....M.....V..... ☐ tanda vital TD : Nadi : RR : ☐ hasil laboratorium ☐ kekuatan otot ☐ lain – lain	Resiko cidera b.d ☐ kejang ☐ kelemahan ☐ vertigo	Cidera tidak terjadi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam dengan kriteria hasil : ☐ tidak ada gangguan Penglihatan ☐ tidak ada pusing ☐ tidak ada vertigo ☐ tidak kejang ☐ kekuatan otot 3-4 ☐ GCS normal ☐ hasil pemeriksaan	Manajemen lingkungan ☐ sediakan lingkungan yang aman untuk pasien ☐ identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu ☐ hindarkan lingkungan yang berbahaya (seperti pemindahan perabotan) ☐ pasang side rail tempat tidur ☐ sediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih ☐ tempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien ☐ batasi pengunjung ☐ berikan penerangan yang cukup ☐ anjurkan keluarga untuk menemani pasien ☐ kontrol lingkungan darai kebisingan ☐ pindahkan barang-barang yang dapat membahayakan ☐ berikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan sebab penyakit ☐ edukasi tentang pencegahan resiko jatuh Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain 		Manajemen lingkungan ☐ Menyediakan lingkungan yang aman untuk pasien ☐ Mengidentifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu ☐ menghindari lingkungan yang berbahaya (seperti pemindahan perabotan) ☐ memasang side rail tempat tidur ☐ menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih ☐ menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien ☐ membatasi pengunjung ☐ memberikan penerangan yang cukup ☐ menganjurkan keluarga untuk menemani pasien ☐ mengontrol lingkungan darai kebisingan ☐ memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan ☐ memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan sebab penyakit ☐ mengedukasi tentang pencegahan resiko jatuh Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan ☐ Melakukan konsultasi ☐ Lain-lain 	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
--	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (15)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ menyatakan susah untuk berkomunikasi Data Obyektif ☐ pelo ☐ aphasia ☐ mulut mencong ☐ lain – lain	Gangguan komunikasi verbal b.d ☐ penurunan sirkulasi ke otak ☐ penurunan sistem saraf pusat ☐ kelemahan system musculoskeletal ☐ tumor otak	komunikasi verbal efektif setelah dilakukan asuhan selama x 24 jam dengan kriteria hasil : ☐ mampu Menyatakan kebutuhan dan pikirannya ☐ mampu berkomunikasi dengan efektif ☐ hasil pemeriksaan	Mendengarkan aktif ☐ tunjukkan ketertarikan pada pasien ☐ perhatikan ekspresi pasien ☐ klarifikasi pesan dengan pasien Peningkatan komunikasi ☐ dengarkan pasien dengan seksama ☐ gunakan gambar untuk memperjelas pesan ☐ gunakan gerak tangan untuk memperjelas pesan ☐ gunakan kata-kata yang sederhana untuk menyampaikan pesan ☐ lakukan edukasi keterlibatan keluarga dalam peningkatan komunikasi klien Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan 		Mendengarkan aktif ☐ Menunjukkan ketertarikan pada pasien ☐ Memperhatikan ekspresi pasien ☐ Mengklarifikasi pesan dengan pasien Peningkatan komunikasi ☐ Mendengarkan pasien dengan seksama ☐ Menggunakan gambar untuk memperjelas pesan ☐ Menggunakan gerak tangan untuk memperjelas pesan ☐ menggunakan kata-kata yang sederhana untuk menyampaikan pesan ☐ Melakukan edukasi keterlibatan keluarga dalam peningkatan komunikasi	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
--	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (16)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ makan dengan respon eksternal misalnya : situasi sosial, sepanjang hari) ☐ disfungsi pola makan ☐ konsentrasi intake makanan menjelang malam Data Obyektif ☐ antropometri TB : cm BB : kg IMT : ☐ lipatan kulit tricep > 25 mm untuk wanita dan > 15 mm untuk pria ☐ BB 20 % diatas ideal ☐ lain – lain	Kelebihan nutrisi dari kebutuhan b.d ☐ gangguan metabolisme	Mencapai status nutrisi yang optimal setelah dilakukan asuhan selama x 24 jam dengan kriteria hasil : ☐ mampu mengontrol pola makanan ☐ memodifikasi diet untuk mengontrol berat badan ☐ penurunan berat badan 5-10% diatas berat ideal ☐ menggunakan energy untuk aktivitas sehari-hari ☐ IMT : 18 -25	Mendengarkan aktif ☐ diskusikan mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan Penurunan BB ☐ diskusikan mengenai kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB ☐ diskusikan mengenai kebiasaan gaya hidup, dan faktor keturunan yang dapat mempengaruhi BB ☐ diskusikan mengenai risiko yang b.d BB berlebih dan penurunan BB ☐ dorong pasien untuk merubah kebiasaan makan ☐ perkiraan BB bdadan ideal pasien Manajemen nutrisi ☐ monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori ☐ kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan humlah kalori dan nutrisi yang ibutuhkan pasien ☐ berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan hli gizi) ☐ edukasi tentang diet pasien Penurunan berat badan ☐ fasilitasi keinginan pasien untuk menurunkan BB ☐ perkirakan bersama pasien ntuk menurunkan BB ☐ tentukan tujuan penurunan BB Beri pujian/reward saat pasien berhasil mencapai tujuan ☐ ajarkan pemilihan makanan Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain 		Mendengarkan aktif ☐ Mendiskusikan mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan Penurunan BB ☐ Mendiskusikan mengenai kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB ☐ Mendiskusikan mengenai kebiasaan gaya hidup, dan faktor keturunan yang dapat mempengaruhi BB ☐ Mendiskusikan mengenai risiko yang b.d BB berlebih dan penurunan ☐ Mendorong pasien untuk merubah kebiasaan makan ☐ Memperkiraan BB bdadan ideal pasien Manajemen nutrisi ☐ Memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori ☐ Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan humlah kalori dan nutrisi yang ibutuhkan pasien ☐ Memberikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) ☐ Mengedukasi tentang diet pasien Penurunan berat bada Memfasilitasi keinginan pasien untuk menurunkan BB ☐ Memperkirakan bersama pasien untuk menurunkan BB ☐ menentukan tujuan penurunan BB ☐ Memberi pujian/reward saat pasien berhasil mencapai tujuan ☐ Mengajarkan pemilihan makanan Kolaborasi ☐ Melakukan pemberian obat-obatan 	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (17)					Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ merasakan panas Data Obyektif ☐ kenaikan suhu tubuh diatas rentang normal ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ☐ menggigil ☐ RR meningkat ☐ takikardi ☐ saat disentuh tangan terasa panas ☐ lain – lain	hipertermia b.d ☐ peningkatan metabolisme ☐ penyakit/trauma ☐ aktifitas berlebih ☐ pengaruh nekrosis/anestesi ☐ dehidrasi	Mempertahankan normotermia setelah dilakukan asuhan selama x 24 jam dengan kriteria hasil : ☐ suhu tubuh dalam rentang normal ($36-37^{\circ}\text{C}$) ☐ nadi 60- 100 x/menit ☐ tidak ada perubahan warna Kulit ☐ merasa nyaman	Perawatan demam ☐ monitor suhu ☐ monitor IWL ☐ monitor hasil Lab : ☐ WBC, hn dan hct ☐ berikan anti piretik ☐ selimuti pasien ☐ berikan cairan intravena ☐ kompres pasien pada lipat paha dan aksila ☐ tingkatkan sirkulasi udara Monitor tanda vital ☐ monitor TD, nadi, suhu dan RR ☐ monitor kualitas dari nadi ☐ monitor frekuensi dan irama pernapasan ☐ monitor pola pernapasan ☐ monitor suhu, warna dan kelembaban kulit ☐ monitor sianosis perifer ☐ monitor adanya chusing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan		Perawatan demam ☐ Memonitor suhu ☐ Memonitor IWL ☐ Memonitor hasil Lab : ☐ WBC, hn dan hct ☐ Memberikan anti piretik ☐ Memberikan selimut kepada pasien ☐ Memberikan cairan intravena ☐ Mengompres pasien pada lipat paha dan aksila ☐ Meningkatkan sirkulasi udara Monitor tanda vital ☐ Memonitor TD, nadi, suhu dan RR ☐ Memonitor kualitas dari nadi ☐ Memonitor frekuensi dan irama pernapasan ☐ Memonitor pola pernapasan ☐ Memonitor suhu, warna dan kelembaban	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (18)

Ruang / Kelas :
Tanggal :
Jam :

Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ merasakan dingin Data Obyektif ☐ penurunan suhu tubuh diatas rentang normal ($\leq 36^{\circ}\text{C}$) ☐ menggigil ☐ saat disentuh tangan terasa dingin ☐ suhu ☐ lain – lain	hipotermia b.d ☐ penyakit /trauma ☐ pengaruh medikasi/anestesi ☐ paparan lingkungan	Mempertahankan normotermia setelah dilakukan asuhan selama x 24 jam dengan kriteria hasil : ☐ suhu tubuh dalam rentang normal($36\text{-}37^{\circ}\text{C}$) ☐ nadi 60- 100 x/menit ☐ RR 16-20 x/menit ☐ tidak ada perubahan warna Kulit ☐ merasa nyaman	Regulasi temperature ☐ monitor suhu ☐ selimuti pasien untuk mencegah Hilangnya kehangatan tubuh ☐ hangatkan tubuh pasien Monitor tanda vital ☐ monitor TD, nadi, suhu dan RR ☐ monitor kualitas dari nadi ☐ monitor frekuensi dan irama pernapasan ☐ monitor pola pernapasan ☐ monitor suhu, warna dan kelembaban kulit ☐ monitor sianosis perifer ☐ monitor adanya chusing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Konsultasi 		Regulasi temperature ☐ Memonitor suhu ☐ Menyelimuti pasien untuk mencegah Hilangnya kehangatan tubuh ☐ Menghangatkan tubuh pasien Monitor tanda vital ☐ Memonitor TD, nadi, suhu dan RR ☐ Memonitor kualitas dari nadi ☐ Memonitor frekuensi dan irama pernapasan ☐ Memonitor pola pernapasan ☐ Memonitor suhu, warna dan kelembaban kulit ☐ Memonitor sianosis perifer ☐ Memonitor adanya chusing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) Kolaborasi Pemberian obat-obatan konsultasi	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (19)

						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data subyektif : ☐ Keluhan BAB sering ☐ Lemah Data Obyektif : ☐ Fases tidak berbentuk ☐ Bising ususx/mnt ☐ Tugor kulit kering ☐ Tanda vital ☐ Lain-lain	Diare b.d. ☐ Infeksi Usus ☐ Malabsorbsi ☐ Alergi Makanan ☐ Kecemasan ☐ Fases tidak berbentuk ☐ Bising usus ☐ Diare	Diare teratasi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24jam dengan kriteria hasil : ☐ BAB <3x/hari ☐ Fases berbentuk ☐ Bising usus 5-30 x/menit ☐ Turgor kulit baik ☐ TD 100/70 – 120/80 mmHg ☐ MAP 70 – 100 mmHg ☐ HR 60 – 100 x/mnt ☐ RR 16 – 20 x/mnt ☐ ☐ Suhu 36.5 – 37.5 °C	Manajemen diare ☐ Evaluasi intake makanan yangmasuk ☐ Identifikasi faktor penyebabdari diare ☐ Observasi tugor kulit secararutin ☐ Ukur diare / keluaran BAB ☐ Ajarkan teknik menurunkanStress ☐ Monitor bising usus ☐ Kolaborasi dengan ahli giziuntuk pemberian diet rendahserat ☐ Kolaborasi dengan dokter utk pemberian obat anti diare lakukan edukasi pentingnyakecukupan cairan tubuh Kolaborasi ☐ Pemberian obat obatan ☐ Pemeriksaan Laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Manajemen diare ☐ Mengevaluasi intake makanan yangmasuk ☐ Mengidentifikasi faktor penyebabdari diare ☐ Mengobservasi tugor kulit secararutin ☐ Mengukur diare / keluaran BAB ☐ Mengajarkan teknik menurunkanStress ☐ Memonitor bising usus ☐ Berkolaborasi dengan ahli giziuntuk pemberian diet rendahserat ☐ Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti diare Melakukan edukasi pentingnyakecukupan cairan tubuh Kolaborasi ☐ Pemberian obat obatan ☐ Pemeriksaan Laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (20)

						Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Nyeri perut ☐ Flatus ☐ BAB x/hari ☐ Konsistensi BAB : ☐ Warna BAB : ☐ Konstipasi ☐ Nyeri saat BAB Data Obyektif : ☐ Fases keras ☐ Bising usus x/mnt ☐ Lain-lain	Konstipasi b.d. ☐ Imobilisasi ☐ Kurang intake cairan / Serat ☐ Proses penyakit	Konstipasi teratasi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax24 jam dengan kriteria hasil : ☐ BAB tiap 1 – 3 hari ☐ Fases lunak ☐ Bising usus 5-30 x/menit ☐ Bebas dari Ketidaknyamanan dan Konstipasi	Manajemen Konstipasi ☐ Monitor tanda dan gejalaKonstipasi ☐ Monitor bising usus ☐ Monitor fases :Frekuensi, konsistensi dan Volume ☐ Monitor tanda dan gejalaRuptur usus / peritonitis ☐ Identifikasi faktor penyebabDan kontribusi konstipasi ☐ Dukung intake cairan ☐ Kolaborasikan pemberianLaksatif ☐ Lakukan edukasi untuk minumYang cukup dan makan ☐ Banyak mengandung serat Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Manajemen Konstipasi ☐ Memonitor tanda dan gejalaKonstipasi ☐ Memonitor bising usus ☐ Memonitor fases :Frekuensi, konsistensi danVolume ☐ Memonitor tanda dan gejalaRuptur usus / peritonitis ☐ MengIdentifikasi faktor penyebabDan kontribusi konstipasi ☐ Mendukung intake cairan ☐ Berkolaborasikan pemberianLaksatif ☐ MeLakukan edukasi untuk minumYang cukup dan makanan yang Banyak mengandung serat ☐ Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (21)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (21)						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Pola BAK : x/hari ☐ Lancar ☐ Menetas ☐ Inkontinesia Data Obyektif ☐ Terpasang kateter ☐ Jumlah urine : Cc / 24 jam ☐ Warna urine : ☐ Lain-lain	Inkontinesia urin b.d. ☐ Kerusakan otot ☐ Infeksi saluran kemih	Inkontinensia Urin teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Memiliki sensasi BAK ☐ Mampu mengontrol BAK	☐ Monitor intake dan output ☐ Stimulasi reflex bladder dg air Mengalir atau benda dingin di perut ☐ Sediakan waktu yang cukup Untuk mengosongkan bladder ☐ Instruksikan pasien untuk Mencatat output urin Kateter Urin ☐ Jelaskan prosedur dan tujuan Pemasangan kateter ☐ Gunakan teknik antiseptik ☐ Monitor intake dan output Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		☐ Memonitor intake dan output ☐ Menstimulasi reflex bladder dg air Mengalir atau benda dingin di perut ☐ Menyediakan waktu yang cukup Untuk mengosongkan bladder ☐ Menginstruksikan pasien untuk Mencatat output urin Kateter Urin ☐ Jelaskan prosedur dan tujuan Pemasangan kateter ☐ Gunakan teknik antiseptik ☐ Monitor intake dan output Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (22)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (22)						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Pola BAK : x/hari ☐ Lancar ☐ Menetes ☐ Retensi ☐ Perasaan tidak puas Setelah berkemih Data Obyektif ☐ Terpasang kateter ☐ Jumlah urin : cc / 24jam ☐ Warna Urine : ☐ Lain-lain	Retensio urin b.d. ☐ Obstruksi ☐ Spasme spincter	Retensi urin teratasi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Berkemih secara volunteer ☐ Merasa puas setelah Berkemih	Perawatan retensi urine ☐ Observasi aliran urine,perhatikan ukuran dan kekuatan ☐ Awasi dan catat waktu dan jumlah berkemih ☐ Dorong masukan cairan sampai 3000 ml/hari ☐ Dorong pasien untuk berkemih tiap 2 sampai 4 jam dan bila tiba-tiba erasa ingin kencing ☐ Awasi tanda-tanda vital Kolaborasi obat-obatan antispasmodik Konsultasi Lain-lain		Perawatan retensi urine ☐ Mengobservasi aliran urine,perhatikan ukuran dan kekuatan ☐ Mengawasi dan catat waktu dan jumlah berkemih ☐ Mendorong masukan cairan sampai 3000 ml/hari ☐ Mendorong pasien untuk berkemih tiap 2 sampai 4 jam dan bila tiba-tiba erasa ingin kencing ☐ Mengawasi tanda-tanda vital Kolaborasi obat-obatan antispasmodik Konsultasi Lain-lain	

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
--	---

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (23)						Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ Lesi pada ☐ Benjolan pada Data Obyektif ☐ Kulit kemerahan ☐ Kulit lembab ☐ Kulit kering ☐ Kulit bersisik ☐ Gatal ☐ Vesicle ☐ Krusta ☐ Pustule ☐ Lain-lain	Gangguan integritas kulit b.d. ☐ Immobilitas ☐ Faktor mekanik	Integritas kulit baik Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Bebas dari luka tekan ☐ Bebas iritasi kulit ☐ Tidak kemerahan	Manajemen tekanan ☐ Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang Longgar ☐ Hindari kerutan pada tempat tidur ☐ Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering ☐ Mobilisasi pasien (ubah posisi Pasien) tiap 2 jam sekali ☐ Monitor kulit akan ada kemerahan ☐ Oleskan lotion atau minyak / baby oil pada daerah yang tertekan ☐ Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien ☐ Monitor status nutrisi pasien ☐ Memandikan pasien dengan Sabun dan air hangat ☐ Lakukan edukasi perawatan Kulit ☐ Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ ☐ ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ ☐ Konsultasi ☐ ☐ Lain-lain		Manajemen tekanan ☐ Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar ☐ Menghindari kerutan pada tempat tidur ☐ Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering ☐ Mobilisasi pasien (ubah posisi Pasien) tiap 2 jam sekali ☐ Memonitor kulit akan adanya kemerahan ☐ Mengoleskan lotion atau minyak / Baby oil pada daerah yang tertekan ☐ Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien ☐ Memonitor status nutrisi pasien ☐ Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat ☐ Melakukan edukasi perawatan kulit ☐ Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ ☐ ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (24)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (24)						RM.24.A.IRI	
						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Mandix/hari ☐ Gosok gigi x/hari ☐ Cuci rambutx/hari Data Obyektif ☐ Rambut kotor ☐ Badan bau dan kotor ☐ Mulut kotor ☐ Lain-lain	Kurang perawatan diri b.d. ☐ Keterbatasan aktivitas ☐ Kelemahan	Perawatan diri terpenuhi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Peningkatan kemampuan Perawatan diri ☐ Badan, rambut dan mulut Bersih	Perawatan diri ☐ Kaji kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri ☐ Siapkan barang yg diperlukan untuk membersihkan diri ☐ Dekatkan barang yg diperlukan Pasien ☐ Fasilitasi pasien untuk mandi dan membersihkan diri ☐ Monitor kebersihan pasien ☐ Motivasi keluarga untuk membantu pasien memenuhi kebersihan diri ☐ Gunakan alat bantu bila diperlukan ☐ Berikan reinforcement positif ☐ Lakukan edukasi tentang Pentingnya perawatan diri ☐ Kolaborasi ☐ Konsultasi ☐ ☐ Lain-lain		Perawatan diri ☐ Mengkaji kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri ☐ Menyiapkan barang yg diperlukan untuk membersihkan diri ☐ Mendekatkan barang yg diperlukan pasien ☐ Memfasilitasi pasien untuk mandi dan membersihkan diri ☐ Memonitor kebersihan pasien ☐ Memotivasi keluarga untuk membantu pasien memenuhi kebersihan diri ☐ Menggunakan alat bantu bila diperlukan ☐ Memberikan reinforcement positif ☐ Melakukan edukasi tentang pentingnya perawatan diri ☐ Kolaborasi ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (25)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (25)						RM.24.A.IRI	
						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ Merasakan panas Data Obyektif ☐ Riwayat penyakit kronik ☐ Tanda Infeksi ☐ Panas ☐ Merah ☐ Bengkak ☐ Nyeri ☐ Gangguan fungsi ☐ Luka ☐ Tindakan invasive ☐ Tanda Vital ☐ Lain-lain	Resiko infeksi b.d. ☐ Prosedur invasif ☐ Malnutrisi ☐ Imonuspresi ☐ Trauma ☐ Ketidakadekuatan Imun buatan ☐ Tidak adekuat pertahanan Sekunder (penurunan Hb, Leuopenia, penekanan Respon inflamasi) ☐ Tidak adekuat pertahanan Tubuh primer (kulit tidak Utuh, trauma jaringan, Penurunan kerja silia, Cairan tubuh statis, Perubahan sekresi pH, Perubahan perstaltik) ☐ Penyakit kronik	Infeksi tidak terjadi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Klien bebas dari tanda danGejala infeksi ☐ Jumlah leukosit dalam Batas normal(5.000-10.000) ☐ Menunjukkan perilaku Hidup sehat ☐ TD 100/70 – 120/80mmHg ☐ MAP 70 – 100 mmHg ☐ HR 60 – 100 x/mnt ☐ RR 16 – 20 x/mnt ☐ Suhu 36.5 – 37.5 °C	Kontrol Infeksi ☐ Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain ☐ Cuci tangan dengan sabunAnti-mikroba setiap sebelumdan sesudah tindakan Keperawatan ☐ Gunakan baju, sarung tanganSebagai alatpelindung ☐ Pertahankan lingkungan Aseptik selama pemasangan alat ☐ Ganti letak IV perifer, lineCentral dan lakukan dressing ☐ Tingkatkan intake nutrisi ☐ Berikan terapi antibiotik bilaperlu Proteksi terhadap infeksi ☐ Monitor tanda dan gejalaInfeksi sistemik dan local ☐ Monitor hitung leukosit ☐ Batasi pengunjung ☐ Pertahankan teknik isolasi k/p ☐ Berikan perawatan kulit pada area epidermia ☐ Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan,panas dan drainase ☐ Inspeksi kondisi luka / insisi bedah ☐ Dorong masukan nutrisiyg cukup ☐ Dorong masukan cairan yg Cukup ☐ Dorong istirahat ☐ Instruksikan pasien minum antibiotik sesuai resep ☐ Ajarkan pasien dan keluargatanda gejala infeksi ☐ Laporkan hasil pemeriksaan kultur Kolaborasi ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Kontrol Infeksi ☐ Membersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain ☐ Mencuci tangan dengan sabunAnti-mikroba setiap sebelum dan sesudah tindak keperawatan Menggunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung ☐ Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat ☐ Mengganti letak IV perifer, line central dan lakukan dressing ☐ Meniingkatkan intake nutrisi ☐ Memberikan terapi antibiotik bilaperlu Proteksi terhadap infeksi ☐ Memonitor tanda dan gejalainfeksi sistemik dan local ☐ Memonitor hitung leukosit ☐ Membatasi pengunjung ☐ Mempertahankan teknik isolasi k/p ☐ Memberikan perawatan kulit pada area epidermia ☐ Menginspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan,panas dan drainase ☐ Menginspeksi kondisi luka / insisi bedah ☐ Mendorong masukan nutrisiyg cukup ☐ Mendorong masukan cairan yg cukup ☐ Mendorong istirahat ☐ Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep ☐ Mengajarkan pasien dan keluarga tanda gejala infeksi ☐ Melaporkan hasil pemeriksaan kultur Kolaborasi ☐ Konsultasi	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (26)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (26)						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data subyektif ☐ Merasakan khawatir Data obyektif Ditandai dengan ☐ Gelisah ☐ Insomnia ☐ Ketakutan ☐ Sedih Vital Sign ☐ Fokus pada diri ☐ Kekhawatiran	Cemas b.d. ☐ Perubahan status Kesehatan ☐ Stress ☐ Situasional ☐ Perubahan peran ☐ Kurang pengetahuan ☐ Cemas ☐ Vital ☐ Lain-lain	Cemas teratasi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Tanda vital dalam batas Normal ☐ TD 100/70 – 120/80 mmHg ☐ MAP 70 – 100 mmHg ☐ HR 60 – 100 x/mnt ☐ RR 16 – 20 x/mnt ☐ Postur tubuh, ekspresi Wajah, bahasa tubuh dan Tingkat aktivitas Menunjukan berkurangnya Kecemasan	Penurunan kecemasan ☐ Gunakan pendekatan yang menenangkan ☐ Jelaskan semua prosedur tindakan yang akan dilakukan dan evaluasi sesudah tindakan ☐ Temani pasien utk memberikan keamanan dan mengurangi takut ☐ Berikan informasi factualmengenai diagnosis, tindakan ☐ Dorong keluarga untuk menemani anak ☐ Lakukan back / neck rub ☐ Dengarkan dengan penuh perhatian ☐ Identifikasi tingkat kecemasan ☐ Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan ☐ Dorong pasien untukk mengungkapkan perasaan, ☐ Ketakutan, persepsi ☐ Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi ☐ Monitoring efek samping pemberian obat anti cemas ☐ Lakukan edukasi cara mengurangi cemas ☐ Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Penurunan kecemasan ☐ Menggunakan pendekatan yang menenangkan ☐ Menjelaskan semua prosedur tindakan yang akan dilakukan dan evaluasi sesudah tindakan ☐ Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut ☐ MeMBerikan informasi factual Mengenai diagnosis, tindakan ☐ Mendorong keluarga untuk menemani anak ☐ Melakukan back / neck rub, dengarkan dengan penuh perhatian ☐ Mengidentifikasi tingkat kecemasan ☐ Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan ☐ Mendorong pasien untukmengungkapkan perasaan, ☐ Ketakutan, persepsi ☐ Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi ☐ Memonitoring efek samping pemberian obat anti cemas ☐ Melakukan edukasi cara mengurangi cemas ☐ Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (27)

						Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Luka pada ☐ Nyeri pada ☐ Trauma pada Data Obyektif ☐ Kulit Kemerahan ☐ Kulit Lembab ☐ Kulit Kering ☐ Vesicle ☐ Krusta ☐ Pustule ☐ Lain-lain	Gangguan integritas Jaringan b.d ☐ Immobilitas fisik ☐ Trauma	Integritas jaringan terjaga Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Regenerasi jaringan baik ☐ Bebas iritasi dan Kemerahan ☐ Tidak ada pus	Perawatan luka ☐ Observasi jenis dan karakteristik luka ☐ Bersihkan luka dengan cairan Isotonik ☐ Gunakan teknik aseptik untuk Perawatan luka ☐ Bersihkan luka dari jaringan Mati dan pus ☐ Tutup luka dengan balutan Yang sesuai ☐ Ganti balutan luka setiap hari ☐ Catat perubahan dan kondisi luka setiap hari ☐ Lakukan kultur pus bila diperlukan ☐ Lakukan edukasi tentang perawatan luka dan diet yang mendukung penyembuhan luka Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Perawatan luka ☐ Mengobservasi jenis dan karakteristik luka ☐ Membersihkan luka dengan cairan isotonik ☐ Menggunakan teknik aseptik untuk perawatan luka ☐ Membersihkan luka dari jaringan mati dan pus ☐ Menutup luka dengan balutan yang sesuai ☐ Mengganti balutan luka setiap hari ☐ Mencatat perubahan dan kondisi luka setiap hari ☐ Melakukan kultur pus bila diperlukan ☐ Melakukan edukasi tentan perawatan luka dan diet yang mendukung penyembuhan luka Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (28)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (28)						Ruang / Kelas : Tanggal : Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Sering terbangun ☐ Bangun tidur tidak segar ☐ Menggunakan obat ☐ Jumlah jam tidur : ☐ Data Obyektif ☐ Lemas ☐ Mengantuk ☐ Lain-lain	Gangguan pola tidur b.d. ☐ Perubahan lingkungan ☐ Faktor psikologis	Pola tidur optimal Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Tidur nyenyak ☐ Merasa segar setelah bangun	Peningkatan tidur ☐ Monitor pola tidur ☐ Monitor jumlah jam tidur ☐ Atur lingkungan untuk mendukung tidur ☐ Bantu mengurangi stress sebelum tidur ☐ Bantu untuk mengurangi makanan dan minuman yang mengganggu tidur ☐ Monitor makanan dan minuman yang dimakan sebelum tidur ☐ Ajarkan pasien cara melakukan relaksasi ☐ Lakukan edukasi tentang pentingnya tidur cukup dan efek bila kurang tidur Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Peningkatan tidur ☐ Memonitor pola tidur ☐ Memonitor jumlah jam tidur ☐ Mengatur lingkungan untuk mendukung tidur ☐ Membantu mengurangi stress sebelum tidur ☐ Membantu untuk mengurangi makanan dan minuman yang mengganggu tidur ☐ Memonitor makanan dan minuman yang dimakan sebelum tidur ☐ Mengajarkan pasien cara melakukan relaksasi ☐ Melakukan edukasi tentang pentingnya tidur cukup dan efek bila kurang tidur Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (29)

						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Implementasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Menolak kondisi sakit ☐ Gambaran diri : ☐ ☐ Ideal diri ☐ ☐ Harga diri ☐ ☐ Peran diri ☐ ☐ Identitas diri ☐ Data Obyektif ☐ Ekspresi sedih ☐ Menutup diri ☐ Banyak diam ☐ Menyendiri ☐ ☐ Lain-lain	Harga diri rendah b.d. ☐ Perubahan peran ☐ Perubahan status ☐ Kesehatan ☐ Perubahan gambaran diri	Harga diri meningkat Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Menerima keadaan ☐ Berinteraksi dengan ☐ Lingkungan social ☐ Menunjukkan konsep diriYang baik	Peningkatan harga diri ☐ Monitor pernyataan pasien tentang kondisi dirinya ☐ Bantu pasien mengidentifikasi kelebihan yang dimiliki ☐ Beri pujian untuk kelebihan yang dapat diidentifikasi ☐ Jauhkan pasien dari kritik negatif ☐ Bantu pasien mengidentifikasi respon positif ☐ Tingkatkan kontak mata saat berkomunikasi ☐ Bantu pasien untuk menerima ketergantungan yang dimiliki ☐ Fasilitas aktifitas dan lingkungan yang dapat meningkatkan harga diri ☐ Bantu pasien untuk mengidentifikasi budaya, Agama dan lingkungan yang dapat meningkatkan harga diri ☐ Anjurkan orang tua untuk memberikan dukungan dlm peningkatan harga diri ☐ Monitor frekuensi penyampaian verbal negative diri ☐ Lakukan edukasi untuk meningkatkan harga diri pasien Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium		Peningkatan harga diri ☐ Memonitor pernyataan pasien tentang kondisi dirinya ☐ Membantu pasien mengidentifikasi kelebihan yang dimiliki ☐ Memberi pujian untuk kelebihan yang dapat diidentifikasi ☐ Menjauhkan pasien dari kritik negatif ☐ Membantu pasien mengidentifikasi respon positif ☐ Meningkatkan kontak mata saat berkomunikasi ☐ Membantu pasien untuk menerima ketergantungan yang dimiliki ☐ Memfasilitas aktifitas dan lingkungan yang dapat meningkatkan harga diri ☐ Membantu pasien untuk mengidentifikasi budaya, agama dan lingkungan yang dapat meningkatkan harga diri ☐ Mengajak orang tua untuk memberikan dukungan dlm peningkatan harga diri ☐ Memonitor frekuensi penyampaian verbal negative diri ☐ Melakukan edukasi untuk meningkatkan harga diri pasien Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (30)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (30)						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data Subyektif ☐ Tidak mampu mengambil ☐ Keputusan ☐ Kebiasaan beribadah tdk ☐ Teratur ☐ Rekreasi : x/bln Data Obyektif ☐ Ekspresi marah ☐ Ekspresi takut ☐ Ekspresi gelisah ☐ Lain-lain	Koping individu tidak Efektif b.d. ☐ Situasional ☐ Support social tidak ☐ Adekuat ☐ Sumber yang tersedia tdk ☐ Adekuat ☐ Tidak ada dukungan ☐ Keluarga	Koping individu efektif Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X24 jam Dengan kriteria hasil : ☐ Mampu mengambil ☐ Keputusan ☐ Koping adaptif ☐ Menerima dukungan ☐ Positif dari keluarga ☐ Menunjukan ekspresi yangBahagia	Peningkatak Koping ☐ Dorong pasien untuk mengidentifikasi deskripsi realistis terhadap perubahan peran ☐ Sediakan lingkungan yang mendukung ☐ Bantu pasien untuk mengidenfitikasi informasi yang dia senang ☐ Sediakan informasi yang factual tentang diagnosis Perawatan, dan prognosis ☐ Dorong pasien untuk meningkatkan hubungan ☐ Dorong hubungan dengan orang yang memiliki hobi dan tujuan yang sama ☐ Dorong aktivitas sosial dan komunitas ☐ Evaluasi kemampuan ☐ membuat keputusan ☐ Dorong pengungkapan ☐ Perasaan, persepsi dan ketakutan ☐ Dorong keluarga untuk memberikan dukungan ☐ Dukungan Pengambilan informasi ☐ Informasikan pasien tentangAlternatif solusi ☐ Bantu pasien mengidentifikasi ☐ Kelebihan dan kekurangan tiap alternatif ☐ Sediakan informasi yang dibutuhkan pasien ☐ Bantu pasien menjelaskanKeputusan pada orang lain Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi ☐ Lain-lain		Peningkatan Koping ☐ Mendorong pasien untuk mengidentifikasi deskripsi ☐ Berfikir realistis terhadap perubahan peran ☐ Menyediakan lingkungan yang mendukung ☐ Membantu pasien untuk mengidenfitikasi informasi yang dia senang ☐ Menyediakan informasi yangFactual tentang diagnosis ☐ Memberikan perawatan, dan prognosis ☐ Mendorong pasien untuk meningkatkan hubungan ☐ Mendorong hubungan dengan orang yang memiliki hobi dan tujuan yang sama ☐ Mendorong aktivitas sosial dan komunitas ☐ Mengevaluasi kemampuan membuat keputusan ☐ Mendorong pengungkapan perasaan, persepsi dan ketakutan ☐ Mendoorong keluarga untuk memberikan dukungan Dukungan Pengambilan informasi ☐ Menginformasikan pasien tentang alternatif solusi ☐ Membantu pasien mengidentifikas kelebihan dan kekurangan tiap alternatif ☐ Menyediakan informasi yang ddibutuhkan pasien ☐ Membantu pasien menjelaskan ☐ Keputusan pada orang lain Kolaborasi ☐ Pemberian obat-obatan ☐ Pemeriksaan laboratorium ☐ Konsultasi	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (31)

					Ruang / Kelas :		
					Tanggal :		
					Jam :		
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data subjektif Data objektif ☐ Vital Sign ☐ Perubahan status mental ☐ Gelisah ☐ Tremor ☐ Kelemahan otot	Risiko Jatuh Pada pasien dewasa d.b. ☐ Riwayat jatuh ☐ Diagnosa sekunder / ☐ Banding ☐ Gaya berjalan ☐ Pemakaian obat-obatanTertentu ☐ Status mental	Tidak terjadi jatuh pada pasien setelah dilakukan intervensi pencengan risiko jatuh, dengan criteria hasil : ☐ Risiko jatuh teridentifikasi Minimal 1x tiap shift ☐ Terpasang gelang kuning/ tanda risiko jatuh ☐ Edukasi risiko jatuh Terlaksana ☐ Pasien tidak jatuh	Intervensi Pencegahan jatuh rendah / standar (skor 0-24) ☐ Pastikan bel mudah terjangkau, roda tempat tidur dalam posisi terkunci ☐ Posisikan tempat tidur pada posisi terendah ☐ Pastikan pagarpengaman tempat tidur dinaikan ☐ Edukasi pasien dan keluarga ☐ Monitor berkala minimal2 jam sekali ☐ Dekatkan kebutuhan pasien: Bel, telepon, lampu dan biarkan pintu terbuka Intervensi pencegahan jatuhSedang (skor 25-50) ☐ Lakukan semua pedoman pada risiko rendah ☐ Pakaikan gelang khusus berwarna kuning sebagai tanda pasien risiko jatuh ☐ Beri tanda kuning pada pintu /diatas tempat tidur pasien Intervensi pencegahan jatuh tinggi (skor > 51) ☐ Lakukan semua pedoman tingkat rendah dan sedang ☐ Kunjungi dan monitor pasien tiap 1 jam ☐ Jika memungkinkan tempatkan pasien dengan nurse station		Implementasi Pencegahan jatuh rendah / standar (skor 0-24) ☐ Memastikan bel mudah terjangkau ☐ Memastikan Roda tempat tidur dalam posisi terkunci ☐ Mengatur posisi tempat tidur pada posisi terendah ☐ Memastikan pagar pengaman tempat tidur dinaikan ☐ Memberi edukasi pasien dan keluarga ☐ Memonitor berkala minimal2 jam sekali ☐ Mendekatkan kebutuhan pasien:Bel, telepon, lampu ☐ Membiarkan pintu terbuka Implementasi pencegahan jatuh Sedang (skor 25-50) ☐ Melakukan semua pedoman pada risiko rendah ☐ Memakaikan gelang khususberwarna kuning sebagai tanda pasien risiko jatuh ☐ Memberi tanda kuning pada pintu /diatas tempat tidur pasien Implementasi pencegahan jatuh tinggi (skor > 51) ☐ Melakukan semua pedoman tingkat rendah dan sedang ☐ Mengunjungi dan monitor pasien tiap 1 jam Menempatkan pasien dengan nurse station jika memungkinkan	



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama :
No. RM :
Tgl. Lahir :
Alamat :
J.Kelamin :

REV.02/2017

RM.24.A.IRI

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (32)

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (32)						Ruang / Kelas :	
						Tanggal :	
						Jam :	
Tgl	Analisa Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Jam	Impleentasi	Nama TT
	Data Suyjektif ☐ Sering mengeluh pusing,mata berkunang-kunang ☐ Pasien mengeluh lemah,letih,lesu ☐ Mengeluh penurunan nafsu makan ☐ Pasien sering haus Data Obyektif ☐ Pasien tampak lemah,letih,lsu ☐ Berat badan menurun ☐ Pasien tidak mau makan ☐ Pasien mual muntah ☐ Bibir pecah-pecah,kulit kering	Pk carsinoma	Mampu mengontrol dan menangani efek pemberian khemoterapi setelah dilakukan asuhan perawatan selamax 24 jam Ditandai dengan : ☐ Tidak tampak tanda-tanda ☐ Kerusakan vena pada jaringan sekitar ☐ Tak tampak tanda-tanda ☐ Ketidaknyamanan pasien ☐ Muntah dapat dikontrol	☐ Monitor tanda-tanda vital ☐ Monitor kerusakan vena danJaringan sekitar ☐ Monitor tusukan infuse setiap hari ☐ Pasang infuse dengan jarumbesar ☐ Monitor tetesan infuse obat khemoterapi ☐ Segera lakukan tindakan /prosedur syok anafilatik jika terjadi syok anafilatik ☐ Stop khemoterapi jika tampak tanda-tanda kerusakan vena dan jaringan sekitar ☐ Kolaborasi pemberian terapi : ☐ Lain-lain		☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Memonitor kerusakan vena dan jaringan sekitar ☐ Memonitor tusukan infuse setiap hari ☐ Memasang infuse dengan jarum besar ☐ Memonitor tetesan infuse obat khemoterapi Melakukan tindakan /prosedur syok anafilatik jika terjadi syok anafilatik ☐ Menghentikan khemoterapi jika tampak tanda-tanda kerusakan vena dan jaringan sekitar ☐ Berkolaborasi dalam pemberian terapi : ☐ Lain-lain	