

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 139/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG  
PANDUAN STANDAR ASUHAN  
KEPERAWATAN RUANG PERAWATAN**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI**  
**PANDUAN STANDAR KEPERAWATAN RUANG PERAWATAN**  
**NOMOR: 139/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	:	Lely Wijayanti, S.Kep.,Ners	Ketua Subkomite Mutu Profesi		25.11.2022
	:	Kartini Cendrawasih, S.Kep	Staf Mutu Asuhan Keperawatan		25.11.2022
<b>Verifikator</b>	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		25.11.2022
	:	Irma Oktaviani, S.Kep.,Ners	Ketua Komite Keperawatan		25.11.2022
<b>Validator</b>	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		25.11.2022

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 139/PER/DIR/RSIH/XI/2022**  
**TENTANG**  
**PANDUAN STANDAR KEPERAWATAN RUANG PERAWATAN**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,**

Menimbang :

- a. Bahwa untuk penerapan standar pelayanan keperawatan yang baik di RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan
- b. Bahwa untuk evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan keperawatan di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas dilakukan melalui audit klinis dan audit medis berdasarkan Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan
- c. Bahwa diperlukan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan keperawatan di rumah sakit dengan penerapan Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan
- d. Pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai c maka Direktur perlu menetapkan Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

6. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN STANDAR KEPERAWATAN RUANG PERAWATAN**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 139/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan.
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 139/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan Di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Evaluasi Kinerja Staf Medis di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Panduan Standar Keperawatan Ruang Perawatan sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 2 November 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**



## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI .....	i
BAB I .....	1
DEFINISI .....	1
BAB II .....	3
RUANG LINGKUP .....	3
BAB III .....	4
TATA LAKSANA .....	4
A. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Nyeri Akut .....	4
B. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Hipertermia .....	8
C. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif ..	11
D. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Risiko Infeksi .....	14
E. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Gangguan Integritas Kulit .....	16
F. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Intoleransi Aktivitas .....	19
G. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Mobilitas Fisik .....	22
H. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif .....	24
I. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Risiko Perdarahan .....	27
J. Tata Laksana Panduan Standar Keperawatan Risiko Defisit Nutrisi .....	30
BAB IV .....	33
DOKUMENTASI .....	33

## BAB I DEFINISI

### A. Pengertian

Keperawatan merupakan unsur pertama dalam paradigma keperawatan, yang berarti suatu bentuk layanan kesehatan profesional. Keperawatan pada masa sekarang ini merupakan suatu seni dan ilmu yang mencakup berbagai aktivitas, konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu lain. Keperawatan mempunyai fungsi yang unik yaitu membantu individu, baik sehat maupun sakit, yang ditampilkan dengan melakukan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan, penyembuhan penyakit bahkan membantu klien mendapatkan kematian yang damai, hal ini dilakukan untuk membantu klien mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin.

Keperawatan merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Layanan ini berbentuk layanan bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan masyarakat (Lokakarya Keperawatan Nasional, 1983). Layanan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik, mental, dan keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan untuk dapat melaksanakan kegiatan kehidupan sehari-hari secara mandiri.

Keahlian dalam memberikan asuhan keperawatan merupakan hasil dari pengetahuan dan pengalaman klinik yang dimiliki oleh seorang perawat. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik dan membuat keputusan yang kompleks dan menjadi dasar pengembangan praktik keperawatan dan ilmu keperawatan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 647/Menkes/ SK/IV/2000 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, yang kemudian diperbaharui dengan Kepmenkes RI No.1239/SK/XI/2001, dijelaskan bahwa perawat adalah orang yang telah lulus dari pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Selanjutnya perawat adalah suatu profesi yang mandiri yang mempunyai hak untuk memberikan layanan keperawatan secara mandiri, dan bukan sebagai profesi pembantu dokter.

Asuhan keperawatan merupakan salah satu indikator dalam menentukan kualitas pelayanan dari suatu Rumah Sakit. Perawat merupakan profesi yang memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, dimana salah satu aspek terpenting dari kinerjanya adalah pendokumentasian asuhan keperawatan. Kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu karakteristik organisasi (kepemimpinan), karakteristik individu (motivasi) dan karakteristik pekerjaan (beban kerja) (Nursalam, 2015).

Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Asuhan Keperawatan (SAK), sedangkan Panduan Praktik Klinis (PPK) adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO), Penggantian ini untuk menghindari kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa "Standar" merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis, Standar Asuhan Keperawatan dan SPO dibuat berupa Panduan Askep dan PPK, yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih : alur klinis (*Clinical Pathway*), protokol, prosedur, algoritme, standing order. Mengingat format

Panduan Asuhan Keperawatan di dalamnya memuat Diagnosa Keperawatan, *Outcome* Keperawatan dan Intervensi Keperawatan, para klinisi (perawat) dituntut untuk benar-benar memahami standar Bahasa untuk Diagnosa Keperawatan, *Outcome* maupun Intervensi agar tidak menyulitkan mereka dalam penerapannya.

## BAB II RUANG LINGKUP

- A. Panduan Standar Keperawatan Nyeri Akut
- B. Panduan Standar Keperawatan Hipertemia
- C. Panduan Standar Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
- D. Panduan Standar Keperawatan Risiko Infeksi
- E. Panduan Standar Keperawatan Gangguan Integritas Kulit
- F. Panduan Standar Keperawatan Intoleransi Aktivitas
- G. Panduan Standar Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik
- H. Panduan Standar Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif
- I. Panduan Standar Keperawatan Risiko Perdarahan
- J. Panduan Standar Keperawatan Risiko Defisit Nutrisi



### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Nyeri Akut

##### 1. Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

##### 2. Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b) Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan).
- c) Agen pencedera fisik (abses, amputasi, prosedur operasi, trauma, dll).

##### 3. Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif
  - 1) Mengeluh nyeri
- b) Objektif
  - 1) Tampak meringis.
  - 2) Bersikap proaktif (waspada, posisi menghindari nyeri).
  - 3) Gelisah.
  - 4) Frekuensi nadi meningkat.
  - 5) Sulit tidur

##### 4. Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif
  - Tidak ada
- b) Objektif
  - 1) Tekanan darah meningkat
  - 2) Pola nafas berubah
  - 3) Nafsu makan berubah
  - 4) Menarik diri
  - 5) Berfokus pada diri sendiri

##### 5. Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Glaukoma

**Note :** Pengkajian nyeri dapat menggunakan metode skala nyeri:

**FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)**

<b>C</b>	<b>Membuat tenang &amp; nyaman</b>	<b>Mudah ditenangkan</b>	<b>Dapat ditenangkan dengan sesekali sentuhan, pelukan atau diajak bicara untuk mengalihkan</b>	<b>Sulit untuk ditenangkan atau dibuat nyaman</b>
----------	------------------------------------	--------------------------	---	---

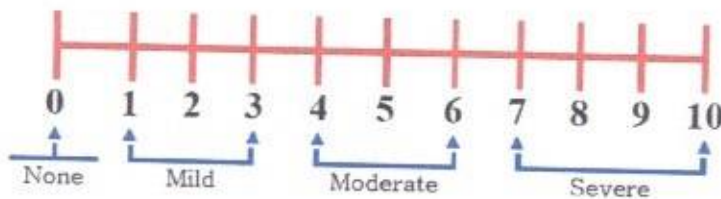
- Skor 0 : Tidak nyeri
- Skor 1- 3 : Nyeri Ringan
- Skor 4 – 6 : Nyeri Sedang
- Skor 7 – 10 : Nyeri Berat.

**Wong Baker Faces**



- Skor 2 : Sedikit terasa nyeri
- Skor 4 : Nyeri ringan
- Skor 6 : Nyeri sedang
- Skor 8 : Nyeri berat
- Skor 10 : Nyeri sangat berat

**Numeric Rating Scale**



- Skor 0 : Tidak nyeri
- Skor 1-3 : Nyeri ringan (sedikit mengganggu aktivitas sehari-hari).
- Skor 4-6 : Nyeri sedang (gangguan nyata terhadap aktivitas sehari-hari)
- Skor 7-10 : Nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas sehari hari).

**6. Luaran Utama**

Tingkat Nyeri

**7. Luaran Tambahan**

a) Fungsi Gastro Intestinal

- b) Kontrol nyeri
- c) Mobilitas fisik
- d) Penyembuhan Luka
- e) Perfusi Miokard
- f) Perfusi Perifer
- g) Pola Tidur
- h) Status Kenyamanan
- i) Tingkat cedera

#### 8. Standar Luaran

Ekspektasi : Menurun

Kriteria Hasil

##### Tingkat Nyeri (L.08066)

\*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang,  
4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil						
<input type="checkbox"/> Kemampuan menuntaskan aktivitas						

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,  
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil						
<input type="checkbox"/> Keluhan nyeri						
<input type="checkbox"/> Meringis						
<input type="checkbox"/> Sikap protektif						
<input type="checkbox"/> Gelisah						
<input type="checkbox"/> Kesulitan tidur						
<input type="checkbox"/> Menarik diri						
<input type="checkbox"/> Berfokus pada diri sendiri						
<input type="checkbox"/> Diaforesis						
<input type="checkbox"/> Perasaan depresi (tertekan)						
<input type="checkbox"/> Perasaan takut mengalami cedera berulang						
<input type="checkbox"/> Anoreksia						
<input type="checkbox"/> Perineum terasa tertekan						
<input type="checkbox"/> Uterus teraba membulat						

<input type="checkbox"/> Ketegangan otot					
<input type="checkbox"/> Pupil dilatasi					
<input type="checkbox"/> Muntah					
<input type="checkbox"/> Mual					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil					
<input type="checkbox"/> Frekuensi nadi					
<input type="checkbox"/> Pola nafas					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					
<input type="checkbox"/> Proses berpikir					
<input type="checkbox"/> Fokus					
<input type="checkbox"/> Fungsi berkemih					
<input type="checkbox"/> Perilaku					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					
<input type="checkbox"/> Pola tidur					

## 9. Intervensi Keperawatan

### a) Manajemen Nyeri (I.08238)

#### 1) Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

#### 2) Terapeutik

- Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Misal: kompres hangat/dingin, terapi bermain, terapi pijat
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan
- Fasilitasi istirahat dan tidur



- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
  - 3) Edukasi
    - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
    - Jelaskan strategi meredakan nyeri
    - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
    - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
    - Ajarkan teknis non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
  - 4) Kolaborasi
    - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
- B. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Hipertermia**
1. **Pengertian**  
Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
  2. **Penyebab**
    - a) Dehidrasi
    - b) Terpapar lingkungan panas
    - c) Proses penyakit, misal infeksi, kanker
    - d) Ketidakesesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
    - e) Peningkatan laju metabolisme
    - f) Respon trauma
    - g) Aktivitas berlebihan
    - h) Penggunaan inkubator
  3. **Gejala Dan Tanda Minor**
    - a) Subjektif  
Tidak ada
    - b) Objektif  
Suhu tubuh diatas nilai normal
  4. **Gejala Dan Tanda Minor**
    - a) Subjektif  
Tidak ada
    - b) Objektif
      - 1) Kulit merah
      - 2) Kejang
      - 3) Takikardi
      - 4) Takipnea
      - 5) Kulit terasa hangat
  5. **Kondisi Klinis Terkait**
    - a) Proses infeksi
    - b) Hipertiroid
    - c) Stroke
    - d) Dehidrasi
    - e) Trauma
    - f) Prematuritas
  6. **Luaran Utama**  
Temoregulasi

### 7. Luaran Tambahan

- a) Perfusi perifer
- b) Status cairan
- c) Status kenyamanan
- d) Status neurologis
- e) Status nutrisi
- f) Termoregulasi neonatus

### 8. Standar Luaran

Ekspektasi: Menurun

Kriteria Hasil:

Termoregulasi (L.14134)

\*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang,  
4=Cukup Meningkat 5=Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Menggigil					
<input type="checkbox"/> Kulit tampak merah					
<input type="checkbox"/> Kejang					
<input type="checkbox"/> Akrosianosis					
<input type="checkbox"/> Konsumsi oksigen					
<input type="checkbox"/> Piloereksi					
<input type="checkbox"/> Vasokonstriksi perifer					
<input type="checkbox"/> Pucat					
<input type="checkbox"/> Takikardi					
<input type="checkbox"/> Takipnea					
<input type="checkbox"/> Bradikardi					
<input type="checkbox"/> Dasar kuku sianosis					
<input type="checkbox"/> Hipoksia					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Suhu tubuh					
<input type="checkbox"/> Suhu kulit					
<input type="checkbox"/> Kadar glukosa darah					
<input type="checkbox"/> Pengisian kapiler					
<input type="checkbox"/> Ventilasi					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					

### 9. Intervensi Keperawatan

#### a) Manajemen Hipertermia

##### 1) Observasi

- Identifikasi penyebab hipertermia, misal dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator
- Monitor suhu tubuh

- Monitor kadar elektrolit
- Monitor haluaran urin
- Monitor komplikasi akibat hipertermia
- 2) Terapeutik
  - Sediakan lingkungan yang dingin
  - Longgarkan atau lepaskan pakaian
  - Basahi dan kipasi permukaan tubuh
  - Berikan cairan oral
  - Ganti linen setiap hari atau sesuai kebutuhan jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
  - Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, aksila)
  - Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
  - Berikan oksigen, jika perlu
- 3) Edukasi
  - Anjurkan tirah baring
- 4) Kolaborasi
  - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
- b) Regulasi Temperatur
  - 1) Observasi
    - Monitor suhu tubuh anak sampai stabil ( $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ )
    - Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu
    - Monitor TTV
    - Monitor warna dan suhu kulit
    - Monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia dan hipertermia
  - 2) Terapeutik
    - Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu
    - Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat
    - Bedong bayi segera setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas
    - Gunakan topi bayi untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir
    - Tempatkan bayi baru lahir dibawah radian warmer
    - Pertahankan kelembaban inkubator 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena proses evaporasi
    - Atur suhu inkubator sesuai kebutuhan
    - Hangatkan terlebih dahulu bahan-bahan yang akan kontak dengan bayi (mis. selimut, stetoskop)
    - Hindari meletakkan bayi didekat jendela terbuka atau di area aliran pendingin ruangan atau kipas angin
    - Gunakan selimut hangat, dan penghangat ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu
    - Gunakan *ice pack*, atau *gel pad* untuk menurunkan suhu tubuh
    - Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien
  - 3) Edukasi
    - Jelaskan cara pencegahan hipotermia karena terpapar udara dingin
    - Demonstrasikan teknik perawatan metode kanguru untuk bayi BBLR
  - 4) Kolaborasi
    - Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu

### C. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Jalan napas Tidak Efektif

#### 1. Pengertian

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk

mempertahankan jalan napas tetap paten

## 2. Penyebab

- a) Fisiologis
  - 1) Spasme jalan napas
  - 2) Hipersekresi jalan napas
  - 3) Disfungsi neuromuskuler
  - 4) Benda asing dalam jalan napas
  - 5) Adanya jalan napas buatan
  - 6) Sekresi yang tertahan
  - 7) Hyperplasia dinding jalan napas
  - 8) Proses infeksi
  - 9) Respon alergi
  - 10) Efek agen farmakologis, misal anastesi
- b) Situasional
  - 1) Merokok aktif
  - 2) Merokok pasif
  - 3) Terpajan polutan

## 3. Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif
  - Tidak ada
- b) Objektif
  - 1) Batuk tidak efektif
  - 2) Tidak mampu batuk
  - 3) Sputum berlebih
  - 4) Mengi, *wheezing* dan/atau ronkhi kering
  - 5) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

## 4. Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif
  - 1) Dispnea
  - 2) Sulit bicara
  - 3) Ortopnea
- b) Objektif
  - 1) Gelisah
  - 2) Sianosis
  - 3) Bunyi napas menurun
  - 4) Frekuensi napas berubah
  - 5) Pola napas berubah

## 5. Kondisi Klinis Terkait

- a) *Gullian Barre Syndrome*
- b) *Sklerosis multiple*
- c) *Myasthenia gravis*
- d) Prosedur diagnostik misal bronkoskopi
- e) Depresi system saraf pusat
- f) Cedera kepala
- g) Stroke



- h) Kuadripelgia
- i) Sindrom aspirasi meconium
- j) Infeksi saluran napas

**6. Luaran Utama**

Bersihkan jalan napas

**7. Luaran Tambahan**

- a) Kontrol gejala
- b) Pertukaran gas
- c) Respon alergi lokal
- d) Respon alergi sistemik
- e) Respon ventilasi mekanik
- f) Tingkat infeksi

**8. Standar Luaran**

Ekspektasi: Meningkatkan

Kriteria Hasil:

Bersihkan Jalan Nafas (L.01001)

\*1=Menurun, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4=Cukup Membaik, 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Batuk efektif					

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Produksi sputum					
<input type="checkbox"/> Mengi					
<input type="checkbox"/> Wheezing					
<input type="checkbox"/> Mekonium (pada neonatus)					
<input type="checkbox"/> Dispnea					
<input type="checkbox"/> Ortopnea					
<input type="checkbox"/> Sulit bicara					
<input type="checkbox"/> Sianosis					
<input type="checkbox"/> Gelisah					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas					
<input type="checkbox"/> Pola nafas					

## 9. Intervensi Keperawatan

### a) Manajemen Jalan Nafas (I.01011)

#### 1) Observasi

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
- Monitor bunyi napas tambahan (*gurgling*, *wheezing*, mengi, ronkhi kering)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

#### 2) Terapeutik

- Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head tilt* dan *chin lift* (*jaw thrust* jika curiga ada trauma cervical)
- Posisikan semi fowler atau fowler
- Berikan minuman hangat
- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- Lakukan penghisapan lendir (*suction*) kurang dari 15 detik.
- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- Keluarkan sumbatan benda padat dengan *forcep McGill*
- Berikan oksigen, jika perlu

#### 3) Edukasi

- Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi
- Ajarkan teknik batuk efektif.

#### 4) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

### b) Latihan Batuk Efektif (I.01006)

#### 1) Observasi

- Identifikasi kemampuan batuk.
- Monitor adanya retensi sputum.
- Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas.
- Monitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik)

#### 2) Terapeutik

- Atur posisi semi fowler atau fowler.
- Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien.
- Buang sekret pada tempat sputum.

#### 3) Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif.
- Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2 detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.
- Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali.
- Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3.

#### 4) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran jika perlu.

**D. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Risiko Infeksi**

**1. Pengertian**

Berisiko mengalami peningkatan teresang organisme patogenik

**2. Faktor Risiko**

- a) Penyakit kronis, misal diabetes mellitus
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
  - 1) Gangguan peristaltik
  - 2) Kerusakan integritas kulit
  - 3) Perubahan sekresi pH
  - 4) Penurunan kerja siliaris
  - 5) Ketuban pecah lama
  - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
  - 7) Merokok
  - 8) Status cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
  - 1) Penurunan hemoglobin
  - 2) Imunosupresi
  - 3) Leukopenia
  - 4) Supresi respon inflamasi
  - 5) Vaksinasi tidak adekuat

**3. Kondisi Klinis Terkait**

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruktif kronis
- d) Diabetes mellitus
- e) Tindakan invasif
- f) Kondisi penggunaan terapi steroid
- g) Penyalahgunaan obat
- h) Ketuban pecah sebelum waktunya
- i) Kanker
- j) Gagal ginjal
- k) Imunosupresi
- l) *Lymphedema*
- m) Leukositopenia
- n) Gangguan fungsi hati

**4. Luaran Utama**

Tingkat infeksi

**5. Luaran Tambahan**

- a) Integritas kulit dan jaringan
- b) Kontrol risiko
- c) Status imun
- d) Status nutrisi

**6. Standar Luaran**

Ekspektasi: Menurun

Kriteria Hasil:

Tingkat Infeksi (L.14137)

\*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang

4=Cukup Meningkatkan, 5= Meningkatkan

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kebersihan tangan					
<input type="checkbox"/> Kebersihan badan					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,  
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Demam					
<input type="checkbox"/> Kemerahan					
<input type="checkbox"/> Nyeri					
<input type="checkbox"/> Bengkak					
<input type="checkbox"/> Vesikel					
<input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk					
<input type="checkbox"/> Sputum berwarna hijau					
<input type="checkbox"/> Drainase purulen					
<input type="checkbox"/> Periode malaise					
<input type="checkbox"/> Periode menggigil					
<input type="checkbox"/> Letargi					
<input type="checkbox"/> Gangguan kognitif					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kadar sel darah putih					
<input type="checkbox"/> Kultur darah					
<input type="checkbox"/> Kultur urine					
<input type="checkbox"/> Kultur sputum					
<input type="checkbox"/> Kultur area luka					
<input type="checkbox"/> Kultur feses					

## 7. Intervensi Keperawatan

### a) Pencegahan Infeksi (I.14539)

#### 1) Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

#### 2) Terapeutik

- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

#### 3) Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan etika batuk



- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
  - Anjurkan meningkatkan asupan cairan
  - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
  - 4) Kolaborasi
    - Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
  - b) Manajemen Imunisasi/Vaksinasi (I.14508)
    - 1) Observasi
      - Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi
      - Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam)
      - Identifikasi status imunisasi ssetiap kunjungan ke pelayanan kesehatan
    - 2) Terapeutik
      - Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral
      - Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kadaluarsa)
      - Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat
    - 3) Edukasi
      - Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal dan efek samping
      - Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H.influenza, polio, campak, measles, rubela)
      - Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus)
      - Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus)
      - Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
      - Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis.
- E. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Gangguan Integritas Kulit**
1. Pengertian

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran, mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)
  2. Penyebab
    - a) Perubahan sirkulasi
    - b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
    - c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
    - d) Penurunan mobilitas
    - e) Bahan kimia iritatif
    - f) Suhu lingkungan yang ekstrem
    - g) Faktor mekanis (penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau factor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
    - h) Efek samping terapi radiasi
    - i) Kelembaban
    - j) Proses penuaan
    - k) Neuropati perifer
    - l) Perubahan pigmentasi

- m) Perubahan hormonal
- n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

**3. Gejala dan Tanda Mayor**

- a) Subjektif  
Tidak ada
- b) Objektif  
Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

**4. Gejala dan Tanda Minor**

- a) Subjektif  
Tidak ada
- b) Objektif
  - 1) Nyeri
  - 2) Perdarahan
  - 3) Kemerahan
  - 4) Hematoma

**5. Kondisi Klinis Terkait**

- a) Imobilisasi
- b) Gagal jantung kongestif
- c) Gagal ginjal
- d) Diabetes mellitus
- e) Imunodefisiensi (AIDS)

**6. Luaran Utama**

Integritas kulit dan jaringan

**7. Luaran Tambahan**

- a) Pemulihan pasca bedah
- b) Penyembuhan luka
- c) Perfusi perifer
- d) Respons alergi lokal
- e) Status nutrisi
- f) Status sirkulasi
- g) Termoregulasi

**8. Standar Luaran**

Ekspektasi: Meningkatkan

Kriteria Hasil:

Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kerusakan lapisan kulit					
<input type="checkbox"/> Kerusakan jaringan					
<input type="checkbox"/> Nyeri					
<input type="checkbox"/> Perdarahan					
<input type="checkbox"/> Kemerahan					
<input type="checkbox"/> Hematoma					
<input type="checkbox"/> Nekrosis					

<input type="checkbox"/> Jaringan parut					
<input type="checkbox"/> Pigmentasi abnormal					
<input type="checkbox"/> Abrasi kornea					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang  
4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Sensasi					
<input type="checkbox"/> Suhu kulit					
<input type="checkbox"/> Tekstur					
<input type="checkbox"/> Pertumbuhan rambut					

\*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang,  
4=Cukup Mneingkat, 5= Meningkatkan

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Perfusi jaringan					
<input type="checkbox"/> Hidrasi					
<input type="checkbox"/> Elastisitas					

## 9. Intervensi Keperawatan

### a) Perawatan Integritas Kulit

#### 1) Observasi

- Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

#### 2) Terapeutik

- Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

#### 3) Edukasi

- Anjurkan menggunakan pelembab
- Anjurkan minum air yang cukup
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
- Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

### b) Perawatan Luka (I.14564)

#### 1) Observasi

- Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)



- Monitor tanda-tanda infeksi
- 2) Terapeutik
  - Lepaskan balutan dan plesters secara perlahan
  - Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu
  - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
  - Bersihkan jaringan nekrotik
  - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
  - Pasang balutan sesuai jenis luka
  - Pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka
  - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainage
  - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
  - Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
  - Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi
  - Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu
- 3) Edukasi
  - Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
  - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
- 4) Kolaborasi
  - Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
  - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

#### **F. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Intoleransi Aktifitas**

##### **1. Pengertian**

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

##### **2. Penyebab**

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b) Tirah baring
- c) Kelemahan
- d) Imobilitas
- e) Gaya hidup monoton

##### **3. Gejala dan Tanda Mayor**

- a) Subjektif
  - 1) Mengeluh lelah
- b) Objektif
  - 1) Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat

##### **4. Gejala dan Tanda Minor**

- a) Subjektif
  - 1) Dispnea saat/setelah aktivitas
  - 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas
  - 3) Merasa lemah
- b) Objektif
  - 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat



- 2) Gambaran EKG menunjukan aritmia saat/setelah aktivitas
- 3) Gambaran EKG menunjukan iskemia
- 4) Sianosis

**5. Kondisi Klinis Terkait**

- a) Anemia
- b) Gagal jantung kongestif
- c) Penyakit jantung koroner
- d) Aritmia
- e) PPOK
- f) Gangguan metabolik
- g) Gangguan muskuloskeletal

**6. Luaran Utama**

Toleransi Aktivitas

**7. Luaran Tambahan**

- a) Ambulasi
- b) Curah jantung
- c) Konsevasi energi
- d) Tingkat kelelahan

**8. Standar Luaran**

Ekspektasi: Meningkatkan

Kriteria Hasil:

\*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang

4=Cukup Meningkatkan, 5= Meningkatkan

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Frekuensi nadi					
<input type="checkbox"/> Saturasi oksigen					
<input type="checkbox"/> Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari					
<input type="checkbox"/> Kecepatan berjalan					
<input type="checkbox"/> Jarak berjalan					
<input type="checkbox"/> Kekuatan tubuh bagian atas					
<input type="checkbox"/> Kekuatan tubuh bagian bawah					
<input type="checkbox"/> Toleransi dalam menaiki tangga					

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Keluhan lelah					
<input type="checkbox"/> Dispnea saat aktifitas					
<input type="checkbox"/> Dispnea setelah aktifitas					
<input type="checkbox"/> Perasaan lemah					
<input type="checkbox"/> Aritmia saat aktifitas					
<input type="checkbox"/> Aritmia setelah aktifitas					

<input type="checkbox"/> Sianosis					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang  
4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Warna kulit					
<input type="checkbox"/> Tekanan darah					
<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas					
<input type="checkbox"/> EKG Iskemia					

## 9. Intervensi Keperawatan

### 1. Manajemen Energi (I.05178)

#### 1) Observasi

- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- Monitor kelelahan fisik dan emosional
- Monitor pola dan jam tidur
- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

#### 2) Terapeutik

- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan /atau aktif
- Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

#### 3) Edukasi

- Anjurkan tirah baring
- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

#### 4) Kolaborasi

- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

### 2. Terapi Aktifitas (I.05186)

#### 1) Observasi

- Identifikasi defisit tingkat aktivitas
- Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu
- Identifikasi sumber daya untuk aktifitas yang diinginkan
- Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas
- Identifikasi makna aktivitas rutin dan waktu luang
- Monitor respon emosional, fisik sosial, dan spiritual terhadap aktivitas

#### 2) Terapeutik

- Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami
- Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas
- Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan ektivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial
- Koordinasikan pemilihan aktivitas fisik sesuai usia

- Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis.ambulasi, mobilisasi dan perawatan diri) sesuai kebutuhan
  - Tingkatkan aktivitas fisik untuk meningkatkan berat badan
  - Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot
  - Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diverifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vokal grup, bola voli, tenis meja, *jogging*, berenang, teka-teki, main kartu)
  - Libatkan keluarga dalam aktifitas
- 3) Edukasi
- Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih
  - Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
  - Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi
  - Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas
- 4) Kolaborasi
- Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai
  - Rujuk pada pusat atau program aktivitas kelompok

#### **G. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik**

##### **1. Pengertian**

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

##### **2. Penyebab**

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran Fisik
- d) Penurunan Kendali Otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskuler
- m) Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif

##### **3. Gejala dan Tanda Mayor**

- a) Subjektif
  - 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas



- b) Objektif
  - 1) Kekuatan otot menurun
  - 2) Rentang gerak (ROM) menurun

**4. Gejala dan Tanda Minor**

- a) Subjektif
  - 1) Nyeri saat bergerak
  - 2) Enggan melakukan pergerakan
  - 3) Merasa cemas saat bergerak
- b) Objektif
  - 1) Sendi kaku
  - 2) Gerakan tidak terkoordinasi
  - 3) Gerakan terbatas
  - 4) Fisik lemah

**5. Kondisi Klinis Terkait**

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan

**6. Luaran Utama**

Mobilitas fisik

**7. Luaran Tambahan**

- a) Berat badan
- b) Fungsi sensori
- c) Keseimbangan
- d) Konsevasi energi
- e) Koordinasi pergerakan
- f) Motivasi
- g) Pergerakan sendi
- h) Status neurologis
- i) Status nutrisi
- j) Toleransi aktivitas

**8. Standar Luaran**

Ekspektasi : Meningkatkan

Kriteria hasil:

\*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang

4=Cukup Meningkatkan 5= Meningkatkan

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Pergerakan ekstremitas					
<input type="checkbox"/> Kekuatan otot					
<input type="checkbox"/> Rentang gerak (ROM)					

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun



Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Nyeri					
<input type="checkbox"/> Kecemasan					
<input type="checkbox"/> Kaku sendi					
<input type="checkbox"/> Gerakan tidak terkoordinasi					
<input type="checkbox"/> Gerakan terbatas					
<input type="checkbox"/> Kelemahan fisik					

### 9. Intervensi Keperawatan

a) Dukungan Ambulasi (I.06171)

b) Dukungan Mobilisasi (I.05173)

#### 1) Observasi

- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan fisik
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum dan sesudah memulai mobilisasi
- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

#### 2) Terapeutik

- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan fisik

#### 3) Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

### H. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif

#### 1. Pengertian

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

#### 2. Penyebab

- a) Depresi pusat pemapasan
- b) Hambatan upaya napas (nyeri saat bernapas, kelemahan otot pemapasan)
- c) Deformitas dinding dada
- d) Deformitas tulang dada
- e) Gangguan neuromuscular
- f) Gangguan neurologis (elektroensefalogram (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- g) Imaturitas neurologis
- h) Penurunan energi
- i) Obesitas
- j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- k) Sindrom hipoventilasi
- l) Kerusakan invasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
- m) Cedera pada medulla spinalis

- n) Efek agen farmakologis
- o) Kecemasan
- 3. **Gejala dan Tanda Mayor**
  - a) Subjektif
    - 1) Dispnea
  - b) Objektif
    - 1) Penggunaan otot bantu pernapasan
    - 2) Fase ekspirasi memanjang
    - 3) Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stokes*)
- 4. **Gejala dan Tanda Minor**
  - a) Subjektif
    - 1) Ortopnea
  - b) Objektif
    - 1) Pernapasan *pursed-lip*
    - 2) Pernapasan cuping hidung
    - 3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
    - 4) Ventilasi semenit menurun
    - 5) Kapasitas vital menurun
    - 6) Tekanan ekspirasi menurun
    - 7) Tekanan inspirasi menurun
    - 8) Ekskultasi dada berubah
- 5. **Kondisi Klinis Terkait**
  - a) Depresi sistem saraf pusat
  - b) Cedera kepala
  - c) Trauma thoraks
  - d) *Gullian barre syndrome*
  - e) *Multiple sclerosis*
  - f) *Myasthenia gravis*
  - g) Stroke
  - h) Kuadriplegia
  - i) Intoksikasi alkohol
- 6. **Luaran Utama**  
Pola napas
- 7. **Luaran Tambahan**
  - a) Berat badan
  - b) Keseimbangan asam basa
  - c) Konservasi energi
  - d) Status neurologi
  - e) Tingkat ansietas
  - f) Tingkat kelelahan
  - g) Tingkat nyeri
- 8. **Standar Luaran**  
Ekspektasi : Membaik  
Kriteria Hasil:  
Pola Nafas (L.01004)  
\*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang,  
4=Cukup Meningkat 5=Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Ventilasi semenit					

<input type="checkbox"/> Kapasitas vital					
<input type="checkbox"/> Diameter thoraks anterior – posterior					
<input type="checkbox"/> Tekanan ekspirasi					
<input type="checkbox"/> Tekanan inspirasi					

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,  
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Penggunaan otot bantu nafas					
<input type="checkbox"/> Dispnea					
<input type="checkbox"/> Pemanjangan fase ekspirasi					
<input type="checkbox"/> Ortopnea					
<input type="checkbox"/> Pernafasan <i>pursed-lip</i>					
<input type="checkbox"/> Pernafasan cuping hidung					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang  
4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Frekuensi nafas					
<input type="checkbox"/> Kedalaman nafas					
<input type="checkbox"/> Ekskultasi dada					

## 9. Intervensi Keperawatan

### a) Manajemen Jalan Napas

#### 1) Observasi

- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas).
- Monitor bunyi nafas tambahan (*gurgling, wheezing, mengi, ronkhi*)
- Monitor sputum (jumlah, warna)

#### 2) terapeutik

- Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan *chin lift* (*jaw thrust* jika curiga ada trauma cervical)
- Posisikan semi fowler atau fowler.
- Berikan minuman hangat
- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- Lakukan penghisapan lendir (*suction*) kurang dari 15 detik.
- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal.
- Keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill
- Berikan oksigen, jika perlu

#### 3) Edukasi

- Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak kontraindikasi
- Ajarkan tehnik batuk efektif.

#### 4) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.



b) Pemantauan Respirasi (I.01014)

1) Observasi

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas
- Monitor pola nafas (mis. bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, *Biot*, ataksik)
- Monitor kemampuan batuk efektif
- Monitor adanya produksi sputum
- Monitor adanya sumbatan jalan nafas
- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- Monitor saturasi oksigen
- Monitor nilai AGD
- Monitor hasil X-Ray thoraks.

2) Terapeutik

- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.
- Dokumentasikan hasil pemantauan.

3) Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

I. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Risiko Perdarahan (D.0012)

1. Pengertian

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

2. Faktor Risiko

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (sirosis hepatitis)
- d) Komplikasi kehamilan (ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pasca partum (atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (trombositopenia)
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan

3. Kondisi Klinis Terkait

- a) Aneurisma
- b) Koagulopati intravaskuler diseminata
- c) Sirosis hepatitis
- d) Ulkus lambung
- e) Varises
- f) Trombositopenia
- g) Ketuban pecah sebelum waktunya
- h) Plasenta previa/abruptio
- i) Atonia uterus
- j) Retensi plasenta
- k) Tindakan pembedahan



- l) Kanker
- m) Trauma
- 4. **Luaran Utama**  
Tingkat infeksi
- 5. **Luaran Tambahan**
  - a) Integritas kulit dan jaringan
  - b) Kontrol risiko
  - c) Status imun
  - d) Status nutrisi

6. **Standar Luaran**

Ekspektasi : Menurun

Kriteria Hasil

Tingkat Infeksi (L.14137)

\*1= Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang

4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kebersihan tangan					
<input type="checkbox"/> Kebersihan badan					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,

4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Demam					
<input type="checkbox"/> Kemerahan					
<input type="checkbox"/> Nyeri					
<input type="checkbox"/> Bengkak					
<input type="checkbox"/> Vesikel					
<input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk					
<input type="checkbox"/> Sputum berwarna hijau					
<input type="checkbox"/> Drainase purulen					
<input type="checkbox"/> Piuria					
<input type="checkbox"/> Periode malaise					
<input type="checkbox"/> Periode menggigil					
<input type="checkbox"/> Letargi					
<input type="checkbox"/> Gangguan kognitif					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang

4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Kadar sel darah putih					
<input type="checkbox"/> Kultur darah					
<input type="checkbox"/> Kultur urine					
<input type="checkbox"/> Kultur sputum					
<input type="checkbox"/> Kultur area luka					
<input type="checkbox"/> Kultur feses					

## 7. Intervensi Keperawatan

### a) Pencegahan Infeksi (I.14539)

- 1) Observasi
  - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- 2) Terapeutik
  - Batasi jumlah pengunjung
  - Berikan perawatan kulit pada area edema
  - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
  - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- 3) Edukasi
  - Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
  - Ajarkan etika batuk
  - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
  - Anjurkan meningkatkan asupan cairan
  - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 4) Kolaborasi
  - Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu

### b) Manajemen Imunisasi/Vaksinasi (I.14508)

- 1) Observasi
  - Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi
  - Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam)
  - Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan
- 2) Terapeutik
  - Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral
  - Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kadaluarsa)
  - Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat
- 3) Edukasi
  - Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal dan efek samping
  - Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H.influenza, polio, campak, measles, rubela)
  - Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus)
  - Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus)
  - Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
  - Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis

**J. Tatalaksana Panduan Standar Keperawatan Defisit Nutrisi (D.0032)**

**1. Pengertian**

Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

**2. Faktor Risiko**

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (stress, keengganan untuk makan)

**3. Kondisi Klinis Terkait**

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) *Mobius syndrome*
- d) *Cerebral palsy*
- e) *Cleft lip*
- f) *Cleft palate*
- g) *Amyotrophic lateral sclerosis*
- h) Kerusakan neuromuscular
- i) Luka bakar
- j) Kanker
- k) infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's
- n) Enterokolitis
- o) Fibrosis kistik

**4. Luaran Utama**

Status nutrisi

**5. Luaran Tambahan**

- a) Berat badan
- b) Eliminasi fekal
- c) Fungsi gastrointestinal
- d) Nafsu makan
- e) Perilaku meningkatkan berat badan
- f) Status menelan
- g) Tingkat depresi
- h) Tingkat nyeri

**6. Standar Luaran**

Ekspektasi : Membaik

Kriteria Hasil

Status Nutrisi (L.03030)

\*1=Menurun, 2=Cukup Menurun, 3=Sedang,  
4=Cukup Meningkat, 5= Meningkat

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Porsi makan yang dihabiskan					
<input type="checkbox"/> Kekuatan otot mengunyah					



<input type="checkbox"/> Kekuatan otot menelan					
<input type="checkbox"/> Serum albumin					
<input type="checkbox"/> Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi					
<input type="checkbox"/> Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat					
<input type="checkbox"/> Pengetahuan tentang minuman yang sehat					
<input type="checkbox"/> Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat					
<input type="checkbox"/> Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman					
<input type="checkbox"/> Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman					
<input type="checkbox"/> Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan					

\*1=Meningkat, 2=Cukup, 3=Sedang,  
4=Cukup menurun 5=Menurun

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Nyeri abdomen					
<input type="checkbox"/> Sariawan					
<input type="checkbox"/> Diare					
<input type="checkbox"/> Perasaan cepat kenyang					
<input type="checkbox"/> Rambut rontok					

\*1=Memburuk, 2=Cukup Memburuk, 3=Sedang  
4= Cukup Membaik 5=Membaik

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Berat badan					
<input type="checkbox"/> Frekuensi makan					
<input type="checkbox"/> Nafsu makan					
<input type="checkbox"/> Bising usus					
<input type="checkbox"/> Indeks massa tubuh (IMT)					
<input type="checkbox"/> Tebal lipatan kulit trisep					
<input type="checkbox"/> Membran mukosa					

## 7. Intervensi Keperawatan

### a) Manajemen Gangguan Makan (I.03111)

#### 1) Observasi

- Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori.

#### 2) Terapeutik

- Timbang berat badan secara rutin
- Diskusikan perilaku makanan dan jumlah aktifitas fisik yang sesuai.



- Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku.
- 3) Edukasi
  - Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan.
  - Ajarkan pengaturan diet yang tepat.
- 4) Kolaborasi
  - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan.
- b) Manajemen Nutrisi (I.03119)
  - 1) Observasi
    - Identifikasi status nutrisi
    - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
    - Identifikasi makanan yang disukai
    - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
    - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik
    - Monitor asupan makanan
    - Monitor berat badan
    - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
  - 2) Terapeutik
    - Lakukan oral *hygiene* sebelum makan, jika perlu
    - Fasilitasi menentukan pedoman diet
    - Sajikan makanan secara menarik dan sesuai
    - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
    - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
    - Berikan suplemen makanan, jika perlu
  - 3) Edukasi
    - Anjurkan posisi duduk, jika mampu
    - Ajarkan diet yang diprogramkan
  - 4) Kolaborasi
    - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
    - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

#### BAB IV DOKUMENTASI

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan Standar Keperawatan Ruang Perawatan sebagai berikut :

1. Formulir Pengkajian Unit Gawat Darurat No.RM 2.1
1. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Dewasa No.RM 7.4
2. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Anak No.RM 7.5
3. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Obstetrik dan Ginekolog No.RM 7.6
4. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Mata No.RM 7.7
5. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Anak No.RM 7.5
6. Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Anak No.RM 3.1
7. Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Dewasa No.RM 3.2
8. Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Kebidanan No.RM 3.3
9. Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Geriatri No.RM 3.28
10. Formulir Catatan Keperawatan No.RM 3.20
11. Formulir Resume Keperawatan No.RM 3.17
12. Formulir Perencanaan Keperawatan No.RM 3.5 (revisi)
13. Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi No.RM 3.19
14. Formulir *Checklist* Tindakan Keperawatan No.RM 3.11
15. Formulir Serah Terima Asuhan Pasien (Hand Over) Antar *Shift* No.RM 3.25