

3. INTERVENSI

Tabel 2.3 intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	<p>Kekurangan volume cairan Definisi : Penurunan cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan tanpa perubahan pada natrium. Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan status mental • Penurunan tekanan darah • Penurunan tekanan nadi • Penurunan volume nadi • Penurunan turgor kulit • Penurunan turgor lidah • Penurunan haluaran urin • Penurunan pengisian vena • Membran mukosa kering • Kulit kering • Peningkatan hematokrit • Peningkatan suhu tubuh • Peningkatan frekuensi nadi • Peningkatan konsentrasi urine • Penurunan berat badan • Tiba-tiba (kecuali pada ruang ketiga) • Haus • Kelemahan <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan cairan aktif • Kegagalan mekanisme regulasi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Fluid balance ❖ Hydration ❖ Nutritional Status : Food and Fluid Intake <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal ❖ Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal ❖ Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<p>NIC</p> <p>Fluid management</p> <ul style="list-style-type: none"> - timbang popok/pembalut jika diperlukan - pertahankan catatan intake dan output yang akurat - monitor status hidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan - monitor vital sign - monitor masukan makanan/ cairan dan hitung intake kalori harian - kolaborasi pemberian cairan IV status nutrisi - berikan cairan IV padahi ruangan - dorong masukan oral - berikan penggantian nesogatrik sesuai output - dorong keluarga untuk membantu pasien makan - tawarkan snack - kolaborasi dengan dokter - atur kemungkinan transfusi <p>hypovolemia management</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor status cairan termasuk intake dan output cairan - pelihara IV line - monitor tingkat Hb dan hematokrit - monitor TTV

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> - monitor respon pasien terhadap penambahan cairan - monitor berat badan - dorong pasien untuk menambahkan intake oral - pemberian cairan IV r adanya tanda dan gejala kelebihan volume cairan - monitor adanya tanda gagal ginjal
2	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kram abdomen • nyeri abdomen • menghindari makanan • berat badan 20 % atau lebih dibawah berat badan ideal • kerapuhan kapiler • diare • kehilangan rambut berlebihan • bising usus hiperaktif • kurang makanan • kurang informasi • kurang minat pada makanan • penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat • kesalahan konsepsi • kesalahan informasi • membran mukosa pucat • ketidakmampuan memakan makanan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ nutritional status : ❖ nutritional status : food and fluid intake ❖ nutritional status : nutrient intake <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi ❖ tidak ada tanda tanda malnutrisi ❖ menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan ❖ tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>NIC Nutrition management</p> <ul style="list-style-type: none"> - kaji adanya alergi makanan - kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - berikan substansi gula - yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - berikan makanan yang terpilih - ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian - monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> • tonus otot menurun • mengeluh gangguan sensasi rasa • mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance) • cepat kenyang setelah makan • sariawan rongga mulut • steatorea • kelemahan otot penyunyah • kelemahan otot untuk menelan <p>faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faktor biologis • faktor ekonomi • ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi • ketidakmampuan untuk mencerna makanan • ketidakmampuan untuk menelan makanan • faktor psikologis 		<p>Nutrition monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB pasien dalam batas normal - Monitoring adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan - Monitor interaksi anak selama makan - Monitor lingkungan selama makan - Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan - Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi - Monitor turgor kulit - Monitor kekeringsan, rambut kusam, dan mudah patah - Monitor mual dan muntah - Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht - Monitor pertumbuhan dan perkembangan - Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva - Monitor kalori dan intake nutrisi - Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral - Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
3	<p>Diare Definisi : pasase feces yang lunak dan tidak berbentuk Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> nyeri abdomen sedikitnya 3 kali defekasi per hari kram bising usus hiperaktif ada dorongan <p>faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> psikologis <ul style="list-style-type: none"> ansietas tingkat stress tinggi situasional <ul style="list-style-type: none"> efek samping obat penyalahgunaan alkohol kontaminan penyalahgunaan laktasif radiasi, toksin melakukan perjalanan slang makanan fisiologis <ul style="list-style-type: none"> proses infeksi dan parasit inflamasi dan iritasi malabsorpsi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ bowel elimination ❖ fluid balance ❖ electrolyte <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Feses berbentuk, BAB sehi sekali-tiga hari ❖ Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi ❖ Tidak mengalami diare ❖ Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan ❖ Mempertahankan turgor kulit 	<p>NIC Diarhea management</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal Ajarkan pasien untuk menggunakan obat antidiare Instruksikan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi, dan konsistensi dari feces Evaluasi intake makanan yang masuk Identifikasi faktor penyebab dari diare Monitor tanda dan gejala diare Observasi turgor kulit secara rutin Ukur diare/keluaran BAB Hubungi dokter jika ada kenaikan bising usus Instruksikan pada pasien untuk makan rendah serat, tinggi protein dan tinggi kalori jika memungkinkan Instruksikan untuk menghindari laktasive Ajarkan tehnik menurunkan stress Monitor persiapan makanan yang aman
4	<p>Hipertermia Definisi : peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Konvulsi Kulit kemerahan Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal Kejang 	<p>NOC Thermogulation Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Suhu tubuh dalam rentang normal ❖ Nadi dan RR da rentang normal <p>Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing</p>	<p>NIC Fever treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor suhu sesering mungkin Monitor IWL Monitor warna dan suhu kulit Monitor tekanan darah, nadi, RR Monitor penurunan tingkayt kesadaran Monitor WBC, Hb, dan Hct Monitor intake dan output

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> • Takikardia • Takipnea • Kulit terasa hangat <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia • Penurunan respirasi • Dehidrasi • Pemajanan lingkungan yang panas • Penyakit • Pemakaian pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan • Peningkatan laju metabolisme • Medikasi • Trauma • Aktivitas berlebihan 		<ul style="list-style-type: none"> - Berikan anti piretik - Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam - Selimuti pasien - Lakukan tapid sponge - Kolaborasi pemberian cairan itravena - Kompres pasien pada lipat paha dan aksila - Tingkatkan sirkulasi udara - Berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya menggigil <p>Temperature regulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu min. Tiap 2 jam - Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu - Monitor TD, nadi, RR - Montor warna dan suhu kulit - Monitor tanda-tanda hipertermia dan hipotermi - Tingkatkan intake cairan dan nutrisi - Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh - Ajarkan pada pasien cara mencegah kelithan akibat panas - Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negatif dari kedinginan - Beritahukan tentang indikasi terjadinya keletihan dan penanganan emergency yang diperlukan - Ajarkan indikasi dari hipotermi dan penanganan yang diperlukan - Berikan anti piretik jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			<p>vital sign monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TD, nadi, suhu dan RR - Catat adanya fluktuasi tekanan darah - Monitor VS saat pasien berbaring, duduk atau berdiri - Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan - Monitor TD, nadi,RR ebelum selama dan setelah aktivitas - Monitor kualitas dari nadi - Monitor frekuensi dan irama pernapasan - Monitor suara paru - Monitor pola pernafasan abnormal - Monitor suhu, warna dan kelembapan kulit - Monitor sianosis perifer - Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) - Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign.
5	<p>Kerusakan intergritas kulit Definisi: perubahan atau gangguan epidermis dan atau dermis Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • kerusakan lapisan kulit (dermis) • gangguan permukaan kulit (epidermis) • invasi struktur tubuh <p>faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • eksternal <ul style="list-style-type: none"> - zat kimia, radiasi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ tissue integrity : skin and mucous membranes ❖ hemodyalis akses <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ intergritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) ❖ tidak ada luka/ lesi pada kulit ❖ perfusi jaringan baik 	<p>NIC</p> <p>Pressure management</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) setiap 2 jam sekali - monitor kulit akan adanya kemerahan - oleskan lotion atau minyak ataubaby oil pada daerah yang tertekan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> - usia yang ekstrim - kelembapan - hipertermia, hipotermia - faktor mekanik (mis. Gaya gunting) - lembab - imobilitas fisik • internal <ul style="list-style-type: none"> - perubahan status cairan - perubahan pigmentasi - perubahan turgor - faktor perkembangan - kondisi ketidak seimbangan nutrisi - penurunan imunologis - penurunan sirkulasi - kondisi gangguan metabolik - gangguan sensasi - tonjolan tulang 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 	<ul style="list-style-type: none"> - monitor aktivitas dan mobilisasi pasien - monitor status nutrisi pasien - memandikan pasien dengan sabun dan air hangat insision site care <ul style="list-style-type: none"> - membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan padaluka yang ditutup dengan jahitamn ,klip, atau straples - monitor proses kesembuhan area insisi - monitor tanda dan hgejala infeksi pada area insisi - versihkan area sekitar jahitan atau staples , menggunakan lidi kapas steril - gunakan preparat antiseptic, sesuai program - ganti balutanpada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai ptoqram.
6	<p>Defisiensi pengetahuan Definisi :ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • perilaku hiperbola • ketidakakuratan mengikuti perintah • ketidakakuratan melakukan tes • perilaku tidak tepat (mis. Histeria, bermusuhan, agitasi, apatis) • pengungkapan masalah <p>faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • keterbatasan kognitif 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ knowledge : disease process ❖ knowledge : health behavior <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan progam pengobatan ❖ pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar ❖ pasien atau keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya 	<p>NIC</p> <p>Teaching: disease process</p> <ul style="list-style-type: none"> - berikan penilaian tentang tigkat pengetahuan pasien tentang process penyakit yang spesifik - jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat - gambarkan tanda dan gejala yang biasa munvcul pada penyakit dengan cara yang tepat

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> • salah interpretasi informasi • kurang pajanan • kurang minat dalam belajar • kurang dapat mengingat • tidak familier dengan sumber informasi 		<ul style="list-style-type: none"> - gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat - identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat - sediakan informasi pada pasien atau keluarga tentang kondisi, dengan cara yang tepat - hindari jaminan yang kosong - sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat - diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin di perlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit - diskusikan pilihan terapi atau penanganan - dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan - rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat - instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.
7	<p>Ansietas Definisi : perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individual); perasaan</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety self-control ❖ Anxiety level ❖ Coping 	-

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<p>takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan untuk bertindak menghadapi ancaman.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku : <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan produktivitas - Gerakan yang irrelevant - Gelisah - Melihat sepintas - Insomnia - Kontak mata yang buruk - Mengekspresikan keawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup - Agitasi - Mengintai - Tampak waspada • Affektif <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah, distress - Kesedihan yang mendalam - Ketakutan - Perasaan tidak adekuat - Berfokus pada diri sendiri - Peningkatan kewaspadaan - Irritabilitas - Gugup, senang berlebihan - Rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan 	<p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas ❖ Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas ❖ Vital sign dalam batas normal ❖ Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>NIC</p> <p>Anxiety reduction (penurunan kecemasan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - gunakan pendekatan yang menenangkan - nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien - jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur - pahami perspektif pasien terhadap situasi stress - temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut - dorong keluarga untuk menemani anak - lakukan back/neckrub - dengarkan dengan penuh perhatian - identifikasi tingkat kecemasan - bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan - dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi - instruksikan pasien menggunakan tehnik relaksasi - berikan obat untuk mengurangi kecemasan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan rasa ketidakberdayaan persisten - Bingung, menyesal - Ragu/ tidak percaya diri - Khawatir • Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> - Wajah tegang, tremor tangan - Peningkatan keringat - Peningkatan ketegangan - Gemetar, tremor - Suara bergetar • Simpatik <ul style="list-style-type: none"> - Anoreksia - Eksitasi kardiovaskuler - Diare, mulut kering - Wajah merah - Jantung berdebar-debar - Peningkatan tekanan darah - Peningkatan denyut nadi - Peningkatan reflek - Peningkatan frekuensi pernapasan, pupil melebar - Kesulitan bernafas - Vasokonstriksi superfisial - Lemah, kedutan pada otot • Parasimpatik <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Penurunan tekanan darah - Penurunan denyut nadi - Diare, mual, vertigo - Letih, gangguan tidur - Kesemutan pada ekstermitas 		

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> - Sering berkemih - Anyang-anyangan - Dorongan segera berkemih • Kognitif <ul style="list-style-type: none"> - Menyadari gejala fisiologis - Bloking pikiran, konfusi - Penurunan lapang persepsi - Kesulitan berkonsentrasi - Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah - Ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik - Lupa, gangguan perhatian - Khawatir, melamun - Cenderung menyalahgunakan orang lain. <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran) • Pemajanan toksin • Terkait keluarga • Herediter • Infeksi/kontaminan interpersonal • Penularan penyakit interpersonal • Krisis maturasi, krisis situasional • Stress, ancaman kematian 		

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> • Penyalahgunaan zat • Ancaman pada (status ekonomi, lingkungan , fungsi peran, status peran, konsep diri) • Konflik tidak didasari mengenai tujuan penting hidup • Konflik tidak disadari mengenai nilai yang esensial atau penting • Kebutuhan yang tidak terpenuhi 	❖	-