

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 intraselule. 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 - kolaborasikan pemberian cairan IV status nutrisi - berikan cairan IV padahu 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</p> <p>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 	❖	-