



**RSI SULTAN
AGUNG**
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL



PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

ICU, ICCU, PICU & NICU



PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

GAGAL NAFAS

1	Pengertian (Devinisi)	Gagal nafas merupakan keadaan dimana terjadi kegagalan tubuh memenuhi kebutuhan oksigen pernapasan kehilangan kemampuan ventilasi secara adikuat sehingga terjadi kegagalan pertukaran gas karbondioksida dan oksigen. Gagal bernapas ditandai oleh adanya peningkatan CO ₂ dan penurunan O ₂ dalam darah secara signifikan. Gagal nafas dapat disebabkan oleh gangguan sistem saraf pusat mengontrol sistem pernapasan kelemahan neuromuskular, keracunan obat, gangguan metabolisme kelemahan otot pernapasan dan obstruksi jalan nafas (Kozier, 2011)
2	Assesmen Keperawatan	1. Dispea (takipnea dan hiperventilasi) 2. Perubahan status mental, cemas, bingung, kejang dan sianosis laktat 3. Peningkatan simpatis, takikardia, diaforesis dan hipertensi 4. Hipotensi, brakikardia, iskemik miokard, infark, anemia, hingga gagal jantung dapat terjadi pada hipoksia berat
3	Diagnosa Keperawatan	1. Gangguan Pertukaran Gas b/d Perubahan Membran alveolus-kapiler (D.0003) 2. Gangguan Ventilasi Spontan b/d Gangguan Metabolisme (D.0004) 3. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142)
4	Kriteria Evaluasi	1. Gangguan Pertukaran Gas b/d Perubahan Membran alveolus-kapiler (D.0003) - Tingkat kesadaran meningkat - Dispnea menurun - Tidak ada bunyi nafas tambahan - Tak Nampak adanya diaphoresis - Heart Rate normal - PCO₂ dan PO₂ membaik - Pola nafas membaik 2. Gangguan Ventilasi Spontan b/d Gangguan Metabolisme (D.0004) - Takikardia menurun - Volume tidal membaik - PCO₂ membaik - PO₂ membaik - Frekuensi nafas membaik 3. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142) - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal
5	Intervensi Keperawatan	1. Gangguan Pertukaran Gas b/d Perubahan Membran alveolus-kapiler (D.0003) <i>Pemantauan Respirasi (I.010014)</i> Observasi - Monitor Frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan nafas - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai AGD

		<i>Dukungan Ventilasi (I.01002)</i> Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Berikan posisi semi fowler atau fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan Edukasi - Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator 2. Gangguan Ventilasi Spontan b/d Gangguan Metabolisme (D.0004) <i>Dukungan ventilasi (I.01002)</i> Observasi - Monitor status respirasi dan oksigenasi Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan napas - Berikan posisi semi fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan Edukasi - Ajarkan melakukan Teknik relaksasi Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkhodilator <i>Manajemen ventilasi mekanik (I.01013)</i> Observasi - Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi (AGD,X-ray) Terapeutik - Lakukan perawatan mulut secara rutin - Lakukan penghisapan lendir sesuai kebutuhan Kolaborasi - Kolaborasi pemilihan mode ventilator - Kolaborasi pemberian PS atau PEEP sesuai kebutuhan 3. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142) <i>Pencegahan Infeksi I.14539</i> Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik - Berikan perawatan kulit pada area luka - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian terapi
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan dan diet pasien gagal nafas 3. Perawatan yang tepat terhadap pasien gagal nafas
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan

8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

CHF (*CONGESTIVE HEART FAILURE*)

1	Pengertian (Definisi)	Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung kongestif keadaan cairan menumpuk di ruang interstitial dan kompartemen intravaskular sebagai akibat dari gagalnya ginjal untuk mengekskresikan garam dan air sehingga tekanan dalam jantung meningkat. Gagal jantung juga digambarkan sebagai adanya tekanan diastolik akhir ventrikel kiri yang meningkat sehingga menimbulkan dispnea, rales paru, dan edema, yang merupakan ciri khas dari kondisi tersebut (PERKI, 2020).
2	Assesmen Keperawatan	1. Pandangan kabur Mudah lelah terutama setelah melakukan aktivitas fisik 2. Batuk karena edema pada paru 3. Sesak nafas 4. Nyeri dada 5. Aritmia atau denyut jantung tidak teratur
3	Diagnosa Keperawatan	1. Penurunan Curah Jantung (D.0008) 2. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) 3. Perfusi Perifer Tidak Efektif (DD.0009)
4	Kriteria Evaluasi	1. Penurunan Curah Jantung (D.0008) - Lelah menurun - Dispnea menurun - Oliguria menurun - Batuk menurun - Tekanan darah membaik 2. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Frekuensi napas membaik - Kedalaman napas membaik 3. Perfusi Perifer Tidak Efektif (DD.0009) - Denyut nadi perifer meningkat - Warna kulit pucat menurun - Akral membaik - Turgor kulit membaik
5	Intervensi Keperawatan	1. Penurunan Curah Jantung (D.0008) Observasi - Identifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, edem, kelelahan) - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, hepatomegali, oliguria, batuk, pucat) - Monitor tekanan darah - Monitor saturasi oksigen - Monitor intake output cairan Terapeutik - Posisikan semi fowler - Berikan diet jantung yang sesuai - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi O₂ >94% Edukasi - Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi dan secara bertahap

		- Anjurkan berhenti merokok - Ajarkan pasien dan keluarga untuk mengukur BB harian dan memonitor intake output Kolaborasi - Kolaborasi pemberian anti aritmia - Rujuk ke program rehabilitasi jantung 2. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) Observasi - Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas - Monitor pola napas - Auskultasi bunyi napas - Monitor SPO2 Terapeutik - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 3. Perfusi Perifer Tidak Efektif (DD.0009) Obsevasi - Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, suhu, warna kulit, pengisian perifer) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak Terapeutik - Hindari pemasangan infus/pengambilan darah pada daerah ygng keterbatasan sirkulasi - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi - Hindari penekanan dan pemasangan touniquet pada area yang cedera - Lakukan pencegahan inveksi Edukasi - Anjurkan berhenti merokok - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan dan diet Jantung 3. Perawatan yang tepat terhadap pasien CHF
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2020). Konsensus Tatalaksana Cairan pada gagal Jantung. PERKI

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

DM (*DIABETES MILLITUS*)

1	Pengertian (Devinisi)	Diabetes Mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (Arjatmo, 2002).
2	Assesmen Keperawatan	1. Pandangan kabur 2. Anoreksia ; mual dan muntah 3. Rasa kesemutan pada tungkai serta kelemahan otot (neuropati perifer) 4. Luka pada tungkai yang sukar sembuh
3	Diagnosa Keperawatan	1. Ketidakstabilan kadar gula darah (D.0027) 2. Risiko deficit nutrisi (D. 0032) 3. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0139)
4	Kriteria Evaluasi	1. Ketidakstabilan kadar gula darah b.d hiperglikemi/ hipoglikemi (D.0027) - Kadar gula darah membaik - Lelah/ lesu membaik - Rasa haus membaik 2. Risiko deficit nutrisi (D. 0032) - Porsi makanan yang dihabiskan meningkat - Serum albumin meningkat - tentang pilihan makana yang sehat meningkat 3. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0139) - Elastisitas meningkat - Hidrasi meningkat - Perfusi jaringan meningkat - kerusakan jaringan menurun - kerusakan lapisan kulit menurun
5	Intervensi Keperawatan	1. Ketidakstabilan kadar gula darah (D.0027) Obervasi Manajemen hiperglikemia - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat - Monitor kadar gula darah - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia - Monitor intake dan output cairan - Monitor keton urin, kadar analisa gas darah elektrolit tekanan darah ostostatik dan frekuensi nadi Manajemen hipoglikemia - Periksa tanda dan gejala hipoglikemia - Identifikasi penyebab hipoglikemia Terpiutik Hiperglikemia - Berikan cairan oral

		- Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap atau memburuk - Fasilitasi ambulasi Hipoglikemia - Berikan karbohidrat sederhana - Berikan glukagon jika perlu - Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Pertahankan akses IV - Hubungi layanan medis darurat Edukasi Hiperglikemia - Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine - Ajar pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, obat oral, hipoglikemia - Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat - Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat - Anjurkan monitor kadar gula darah - Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program pengobatan - Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olah raga - Ajarkan pengelolaan hipoglikemi - Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia Kolaborasi hiperglikemia - kolaborasi pemberian insulin - kolaborasi pemberian IV - kolaborasi pemberian kalium hipoglikemia - kolaborasi pemberian dextrose - kolaborasi pemberian glukagon 2. Risiko deficit nutrisi (D. 0032) Observasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleran makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Identifikasi perlunya penggunaan nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan Edukasi - Anjurkan posisi duduk, jika perlu
--	--	--

		- Ajarkan diet yang diprogramkan - Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan - Ajarkan ketrampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan 3. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0139) Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang - Gunakan produk berbahan minyak pada kulit kering Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan dan diet DM 3. Perawatan yang tepat terhadap pasien DM
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

		2. Risiko defisit nutrisi (D. 0032) Obervasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleran makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Identifikasi perlunya penggunaan nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan Edukasi - Anjurkan posisi duduk, jika perlu - Ajarkan diet yang diprogramkan - Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan - Ajarkan ketrampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan umlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan 3. Pola nafas tidak efektif (D. 0005) Obervasi - Monitor pola nafas (frekwensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan - Monitor frekwensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor ada produksi sputum Terpiutik - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Alur posisi semi fowler atau fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill - Berikan oksigen bila perlu - Atur pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak ada kontraindikasi - Ajarkan teknik batuk efektif - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
--	--	--

		- Informasikan hasil pemantauan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran - Kolaborasi pemberian bronchodilator , ekspektoran
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan, diet 3. Perawatan yang tepat terhadap tindakan hemodialisa
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

LAPARATOMY

1	Pengertian (Definisi)	Laparotomi adalah prosedur medis yang bertujuan untuk membuka dinding perut agar dapat memiliki akses ke organ perut yang memerlukan tindakan tertentu atau sebagai prosedur diagnostik. Laparotomi dilakukan dengan cara membuat sayatan besar pada area di sekitar perut pasien yang didahului dengan pemberian anestesi (Marianti 2017). Laparotomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke kavitas abdomen (Sjamsuhidajat and Jong 2010).
2	Assesmen Keperawatan	1. Nyeri tekan pada area insisi pembedahan 2. Perubahan tekanan darah, nadi dan pernafasan 3. Kelemahan 4. Gangguan integumen dan jaringan subkutan 5. Konstipasi 6. Mual dan muntah, anoreksia
3	Diagnosa Keperawatan	1. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik , terputusnya kontinuitas jaringan (D.0077) 2. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasive (0142) 3. Resiko distress spiritual b.d kondisi penyakit kronis (D.0003)
4	Kriteria Evaluasi	1. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik , terputusnya kontinuitas jaringan (D.0077) - Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 2 atau 1 - Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang - Pasien dapat beristirahat dengan nyaman - Pasien dapat beraktivitas dengan nyaman 2. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasive (0142) - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hidup sehat 3. Resiko distress spiritual b.d kondisi penyakit kronis (D.0003) - Kemampuan beribadah membaik - Koping diri membaik - Pasien merasa tenang - Verbalisasi makna hidup dan tujuan hidup
5	Intervensi Keperawatan	1. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik , terputusnya kontinuitas jaringan (D.0077) <i>Manajemen nyeri I.08238</i> Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik - Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

		Edukasi - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri relaksasi autogenic dan dzikir Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetic 2. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasive (0142) <i>Pencegahan Infeksi I.14539</i> Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik - Berikan perawatan kulit pada area luka - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pembedahan terapi 3. Resiko distress spiritual b.d kondisi penyakit kronis (D.0003) <i>Dukungan spiritual (I.09276)</i> Observasi - Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan Kesehatan - Identifikasi ketahanan beragama Terapeutik - Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa perawatan - Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual - Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah Edukasi - Ajarkan metode relaksasi, meditasi autogenic dan dzikir Kolaborasi - Atur kunjungan dengan rohaniawan
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan dan diet pasien dengan laparatomy 3. Perawatan yang tepat terhadap pasien laparatomy
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. 2017. <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia</i> . Jakarta Selatan: DPP PPNI.

		PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. 2018. <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. Jakarta Selatan: DPP PPNI. Ignatavicius, D., and M.L. Workman. 2006. <i>Medical Surgical Nursing: Critical Thinking For Collaborative Care</i>. 5th ed. St Louis: Missouri.
--	--	--

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

BRPN (*BRONKOPNEUMONIA*)

1	Pengertian (Definisi)	Bronkopneumonia adalah peradangan umum dari paru-paru, juga disebut sebagai pneumonia bronkial, atau pneumonia lobular. Peradangan dimulai dalam tabung bronkial kecil bronkiolus, dan tidak teratur menyebar ke alveoli peribronchiolar dan saluran alveolar (PDPI Lampung & Bengkulu, 2017).
2	Assesmen Keperawatan	1. Demam 2. Gelisah 3. Sesak Nafas, Nafas Cepat dan Dangkal 4. Batuk Kering 5. Muntah disertai Diare
3	Diagnosa Keperawatan	1. Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003) 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas (D.0001) 3. Gangguan ventilasi spontan b/d gangguan metabolisme (D.0004)
4	Kriteria Evaluasi	1. Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003) - Tingkat kesadaran meningkat - Dispnea menurun - Tidak ada bunyi nafas tambahan - Tak Nampak adanya diaphoresis - Heart Rate normal - PCO2 dan PO2 membaik - Pola nafas membaik 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas (D.0001) - Tanda vital dalam rentang normal - Produksi sputum berkurang - Ronkhi menghilang - Dispnea berkurang - Frekuensi nafas normal 3. Gangguan ventilasi spontan b/d gangguan metabolisme (D.0004) - Takikardia menurun - Volume tidal membaik - PCO2 membaik - PO2 membaik - Frekuensi nafas membaik
5	Intervensi Keperawatan	1. Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003) <i>Pemantauan Respirasi (I.010014)</i> - Monitor Frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan nafas - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai AGD <i>Dukungan Ventilasi (I.01002)</i> - Pertahankan kepatenan jalan nafas

		- Berikan posisi semi fowler atau fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian bronkodilator 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas (D.0001) <i>Manajemen jalan nafas (I.01011)</i> - Monitor pola nafas - Monitor bunyi nafas tambahan - Monitor sputum - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Posisikan semi fowler atau fowler - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan ett - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik <i>Manajemen Jalan Nafas Buatan (I.01012)</i> - Monitor posisi selang ett - Monitor tekanan balon ett setiap 4-8 jam - Pasang OPA untuk mencegah ett tergigit - Berikan pre oksigenasi 100% selama 30 detik sebelum dan setelah penghisapan 3. Gangguan ventilasi spontan b/d gangguan metabolisme (D.0004) <i>Dukungan ventilasi (I.01002)</i> - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Berikan posisi semi fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan <i>Manajemen ventilasi mekanik (I.01013)</i> - Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi (AGD,X-ray) - Lakukan perawatan mulut secara rutin - Lakukan penghisapan lendir sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemilihan mode ventilator - Kolaborasi pemberian PS atau PEEP sesuai kebutuhan
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan 3. Perawatan yang tepat terhadap pasien BRPN
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Andra F.S &Yessie M.P. 2016. Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

TB PARU (*TUBERCULOSIS PARU*)

1	Pengertian (Definisi)	Menurut Sylvia A.Price dalam Nurarif & Kusuma (2016), tuberculosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernafasan dan pencernaan dan luka terbuka pada kulit. Tetapi paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut.
2	Assesmen Keperawatan	1. Demam 2. Batuk Darah 3. Sesak Nafas 4. Nyeri Dada 5. Malaise
3	Diagnosa Keperawatan	1. Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003) 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas (D.0001) 3. Gangguan ventilasi spontan b/d gangguan metabolisme (D.0004)
4	Kriteria Evaluasi	1. Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003) - Tingkat kesadaran meningkat - Dispnea menurun - Tidak ada bunyi nafas tambahan - Tak Nampak adanya diaphoresis - Heart Rate normal - PCO2 dan PO2 membaik - Pola nafas membaik 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas (D.0001) - Tanda vital dalam rentang normal - Produksi sputum berkurang - Ronkhi menghilang - Dispnea berkurang - Frekuensi nafas normal 3. Gangguan ventilasi spontan b/d gangguan metabolisme (D.0004) - Takikardia menurun - Volume tidal membaik - PCO2 membaik - PO2 membaik - Frekuensi nafas membaik
5	Intervensi Keperawatan	1. Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003) <i>Pemantauan Respirasi (I.010014)</i> - Monitor Frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan nafas - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai AGD <i>Dukungan Ventilasi (I.01002)</i>

		- Pertahankan kepatenan jalan nafas - Berikan posisi semi fowler atau fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian bronkodilator 2. Bersihkan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas (D.0001) <i>Manajemen jalan nafas (I.01011)</i> - Monitor pola nafas - Monitor bunyi nafas tambahan - Monitor sputum - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Posisikan semi fowler atau fowler - Lakukan fisioterapi dada - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan ett - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik <i>Manajemen Jalan Nafas Buatan (I.01012)</i> - Monitor posisi selang ett - Monitor tekanan balon ett setiap 4-8 jam - Pasang OPA untuk mencegah ett tergigit - Berikan pre oksigenasi 100% selama 30 detik sebelum dan setelah penghisapan 3. Gangguan ventilasi spontan b/d gangguan metabolisme (D.0004) <i>Dukungan ventilasi (I.01002)</i> - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Berikan posisi semi fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan <i>Manajemen ventilasi mekanik (I.01013)</i> - Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi (AGD,X-ray) - Lakukan perawatan mulut secara rutin - Lakukan penghisapan lendir sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemilihan mode ventilator - Kolaborasi pemberian PS atau PEEP sesuai kebutuhan
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan dan diet TB Paru 3. Perawatan yang tepat terhadap pasien TB Paru
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Amin, Zulkifli&AsrilBahar. 2016. Pengobatan TB Termutakhir. In: Buku Ajar Andra F.S &Yessie M.P. 2016. KeperawatanMedikalBedah. Yogyakarta: NuhaMedika

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

SH (STROKE HEMORAGIK)

1	Pengertian (Devinisi)	Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang penyebabnya adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau bocornya pembuluh darah otak. Terjadi karena tekanan darah otak yang mendadak, meningkat dan menekan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah tersumbat, tidak dapat menahan tekanan tersebut (Wati, 2019). Stroke hemoragik yaitu perdarahan intrakranial berdasarkan tempat perdarahannya yakni dirongga subaraknoid atau didalam parenkim otak (intracerebral) ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat seperti perdarahan subaraknoid yang bocor kedalam otak atau sebaliknya (Rahmayanti, 2019).
2	Assesmen Keperawatan	1. Kelompok anggota badan atau wajah 2. Vertigo 3. Penurunan Kesadaran 4. Afasia 5. Gangguan Sensibilitas
3	Diagnosa Keperawatan	1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan oedema serebral 2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan 3. Risiko tinggi kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/ perseptual
4	Kriteria Evaluasi	1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan oedema serebral - Tingkat kesadaran membaik - Tanda-tanda vital stabil - Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial 2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan - Mempertahankan posisi yang optimal - Meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena, - Mendemonstrasikan perilaku yang memungkinkan aktivitas 3. Risiko tinggi kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/ perseptual - Mendemonstrasikan metode makan tepat untuk situasi individual dengan mencegah aspirasi - Mempertahankan berat badan yang diinginkan
5	Intervensi Keperawatan	1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan oedema serebral - Pantau/catat status neurologis secara teratur dengan skala koma glasgow - Pantau tanda-tanda vital terutama tekanan darah. - Pertahankan keadaan tirah baring. - Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral). - Berikan obat sesuai indikasi: contohnya antikoagulan (heparin) 2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan - Kaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas

		- Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) - Mulailah melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas - Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit. - Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif, dan ambulasi pasien. 3. Risiko tinggi kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/ perseptual - Tinjau ulang patologi/ kemampuan menelan pasien secara individual. - Letakkan pasien pada posisi duduk/tegak selama dan setelah makan - Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk meminum cairan. - Anjurkan untuk berpartisipasi dalam program latihan/ kegiatan. - Berikan cairan melalui intra vena dan/ atau makanan melalui selang.
6	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan harapan 2. Diskusikan program obat-obatan dan diet pasien dengan SH 3. Perawatan yang tepat terhadap pasien SH
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. 2017. <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia</i>. Jakarta Selatan: DPP PPNI. PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. 2018. <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. Jakarta Selatan: DPP PPNI. Maghfiroh, Ervi. (2018). 'Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik Pada Ny. T dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017'. Study Literatur, Prodi D-III Keperawatan. Lumajang :Universitas Jember.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

SYOK HIPOVOLEMİK

1	Pengertian (Definisi)	Syok merupakan suatu keadaan gangguan sistemik yang disebabkan oleh pengiriman oksigen ke jaringan yang tidak memadai (Lestari, et al 2024). Kegagalan sirkulasi ini disebabkan karena kehilangan cairan (Hipovolemik) akibat perubahan resistensi cairan maupun kegagalan pompa jantung (Tafwid,2015). Syok hipovolemik adalah suatu kondisi kegawatdaruratan yang ditandai dengan hilangnya kemampuan intavaskuler untuk mempertahankan volume secara adekuat yang disebabkan oleh intake yang tidak adekuat, kehilangan cairan berlebih atau gabungan dari kedua kondisi tersebut. Syok hipovolemik sering terjadi pada kasus trauma atau intraoperasi yang menyebabkan darah yang banyak, cerebral salt wasting (CSW), dan diabetes insipidus (Priyanto, et al 2023).
2	Assesmen Keperawatan	1. Hipotensi 2. Oliguria 3. Takikardi 4. Pernafasan cepat dan dangkal 5. Gelisah dan agitasi 6. Penurunan kognitif 7. Kulit lembab pucat dan dingin
3	Diagnosa Keperawatan	1. Pola nafas tidak efektif (D.0005) 2. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) 3. Hipovolemia (D.0023)
4	Kriteria Evaluasi	1. Diagnosa pola nafas tidak efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan dyspnea menurun, frekuensi nafas membaik, dan kedalaman nafas membaik 2. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik, dan akral teraba hangat 3. Diagnosa hipovolemia setelah dilakukan tindakan keperawatana selama 1 x 24 jam diharapkan kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, tekanan darah membaik, dan status mental membaik
5	Intervensi Keperawatan	1. Diagnosa pola nafas tidak efektif tindakan yang akan dilakukan adalah monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, monitor pola nafas , monitor adanya produksi sputum, monitor saturasi oksigen dan dokumentasikan hasil pemantauan 2. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif tindakan yang akan dilakukan adalah monitor status kardiopulmonal (frekuensi, kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah dan MAP), monitor status cairan masukan dan haluaran, turgor kulit dan CRT, monitor kesadaran dan respon pupil, pertahankan jalan nafas paten, berikan oksigen untuk mempertahankan SPO2>94%, pasang jalur IV, pasang kateter line untuk menilai produksi urine, pasang selang nasogastric

		3. Diagnosa hipovolemia tindakan yang akan dilakukan adalah periksa tanda gejala hipovolemia, dan kolaborasi pemberian cairan intravena isotonis (Nacl dan RL)
6	Informasi dan Edukasi	1. Edukasi tentang tanda dan gejala Syok Hipovolemik 2. Edukasi Tentang tata laksana pasien dengan Syok Hipovolemik
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif pasien setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8	Penelaah	Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan
9	Kepustakaan	1. Arief, M & Subekti, B,E. (2023). Tatalaksana Syok Hipovolemik Pada Perdarahan Akut. Jurnal Penelitian Perawat Profesional. 5 (4). 1763 – 1770 2. PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI. 3. PPNI. 2016. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI 4. Lestari, W., Annisa, F., Indrayoni, P., Kristina., Lestari,Y., Utami, T., Yulistina., Dewi, P., & Chabibah, N. (2024). Buku Ajar Patofisiologi. Jambi : Sonpedia Publishing Indonesia 5. Priyanto, R., Wardhana, D., & Wahyudi. Dasar-Dasar Ilmu Bedah Saraf. Jakarta : Salemba Medika

1. MITRAL REGURGITASI DAN MITRAL STENOSIS

1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien dengan mitral regurgitasi dan mitral stenosis
2.	Assesmen keperawatan	Sesak, Mudah Lelah, Nyeri dada Nutrisi : Anoreksia, mual, BB naik karena edema Pola Eliminasi : Oliguria, nokturia Gangguan rasa nyaman Bio, psiko, social, spiritual, dan budaya
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Penurunan Curah Jantung (D.0008) 2. Intoleransi Aktivitas (D.0056) 3. Nyeri Akut (D.0077)
4.	Kriteria Evaluasi	1. Penurunan Curah Jantung (D.0008) Curah Jantung Meningkat, dengan kriteria hasil : ☐ Tekanan darah menurun ☐ CRT kembali normal ☐ Palpitasi menurun ☐ Disentensi vena jugularis menurun ☐ EKG aritmia kembalinormal ☐ Lelah menurun 2. Intoleransi Aktivitas (D.0056) Ekspektasi : aktifitas meningkat dengan kriteria hasil : ☐ Kemudahan aktifitas sehari hari meningkat ☐ Kekuatan bagian atas bawah tubuh meningkat ☐ Keuhan Lelah menurun ☐ Dypneu saat aktivitas menurun 3. Nyeri Akut (D.0077) Ekspektasi Nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil: ☐ Keluhan nyeri menurun, meringis menurun ☐ Gelisah menurun ☐ Pola nafas membaik ☐ Tekanan darah membaik ☐ Pola tidur membaik

5.	Intervensi Keperawatan	1. Penurunan Curah Jantung (D.0008) a. Manajemen Curah Jantung I.02075 Tindakan : 1) Obeservasi ☐ Monitor TTV, irama nadi, CRT tiap 4 jam ☐ Auskultasi bunyi jantung: murmur, S3, irama AF ☐ Monitor tanda gagal jantung: edema, JVD, ronki, berat badan harian ☐ Monitor intake-output cairan & keseimbangan cairan 2) Terapeutik ☐ Atur posisi semi-Fowler 30-45° saat sesak ☐ Batasi aktivitas sesuai toleransi, berikan periode istirahat ☐ Kolaborasi pemberian oksigen 2-4 lpm sesuai order jika SpO2 <95% ☐ Catat dan laporkan perubahan hemodinamik yang signifikan 3) Edukasi ☐ Jelaskan tanda & gejala penurunan curah jantung yang harus segera dilaporkan: sesak mendadak, nyeri dada, pusing ☐ Ajarkan teknik hemat energi dalam aktivitas sehari-hari ☐ Anjurkan timbang BB setiap pagi setelah BAK 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian obat: diuretik, ACE-I, beta-blocker, digoksin sesuai order dokter ☐ Kolaborasi pemeriksaan EKG, Echo, BNP ☐ Kolaborasi pembatasan cairan sesuai order 2. Intoleransi Aktivitas (D.0056) a. Manajemen Energi I.05178 Tindakan: 1) Observasi ☐ Monitor respon kardiopulmonal terhadap aktivitas: Nadi, TD, RR, SpO2 sebelum, saat, dan setelah aktivitas ☐ Monitor tingkat kelelahan menggunakan skala 0-10 ☐ Monitor pola tidur dan kualitas istirahat pasien ☐ Identifikasi faktor penyebab kelelahan: nyeri, sesak, anemia, cemas 2) Terapiutik ☐ Atur aktivitas bertahap: mulai dari ADL ringan → sedang, beri waktu istirahat 10-15 menit tiap aktivitas ☐ Atur posisi semi-Fowler saat beraktivitas untuk mengurangi kerja napas
----	------------------------	--

		☐ Bantu ADL sesuai kebutuhan, ajarkan prioritas aktivitas ☐ Jadwalkan perawatan berkelompok agar ada periode istirahat cukup 3) Edukasi ☐ Ajarkan teknik hemat energi: duduk saat mandi, kumpulkan barang sebelum bergerak, hindari aktivitas berulang ☐ Ajarkan napas bibir mengerucut saat aktivitas untuk mengurangi sesak ☐ Edukasi pentingnya istirahat diantara aktivitas dan kenali tanda harus berhenti: pusing, sesak, nyeri dada, SpO2 <90% ☐ Anjurkan aktivitas ringan bertahap seperti jalan di tempat 3-5 menit 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi dengan fisioterapis untuk program latihan bertahap sesuai toleransi ☐ Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian oksigen saat aktivitas jika SpO2 <95% ☐ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemenuhan nutrisi tinggi kalori protein guna meningkatkan energi ☐ Kolaborasi pemberian obat: diuretik, inotropik sesuai order untuk memperbaiki curah jantung 3. Nyeri Akut D.0077 a. Managemen. Nyeri I. 08238 Tindakan : 1) Observasi ☐ Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri skala 0-10, PQRST ☐ Monitor TTV terutama Nadi, TD, RR saat nyeri ☐ Monitor ekspresi wajah, gerak tubuh, keringat dingin, gelisah ☐ Identifikasi faktor pencetus dan faktor yang meringankan nyeri 2) Terapiutik ☐ Beri posisi nyaman semi-Fowler untuk mengurangi kerja jantung jika nyeri dada ☐ Lakukan teknik non-farmakologi: napas dalam, relaksasi otot, distraksi, kompres hangat/dingin sesuai indikasi ☐ Batasi stimulus nyeri seperti kebisingan, cahaya terang ☐ Beri dorongan untuk mengekspresikan nyeri agar tidak ditahan 3) Edukasi ☐ Jelaskan penyebab nyeri dan cara mengatasinya agar cemas berkurang
--	--	---

		☐ Ajarkan teknik manajemen nyeri mandiri: relaksasi, distraksi, napas dalam ☐ Anjurkan melaporkan jika nyeri >skala 5, tidak berkurang dengan istirahat, atau menjalar ke lengan/rahang ☐ Edukasi penggunaan analgesik: nama, dosis, efek samping, waktu minum 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian analgesik sesuai order dokter dan evaluasi efektivitasnya dalam 30 menit ☐ Kolaborasi pemeriksaan penunjang EKG, troponin jika dicurigai nyeri dada kardiak ☐ Konsultasi tim nyeri jika nyeri tidak terkontrol dengan analgesik standar
6	Informasi dan Edukasi	1. Hemat energi saat aktivitas 2. Atur napas saat sesak 3. Minum obat teratur sesuai jadwal 4. Manajemen nyeri mandiri
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	1. Aprisunadi. 2018. Standart Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan pengurus pusat, persatuan perawat Nasional Indonesia. Jakarta 2. Aprisunadi. 2018. Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia. Dewan pengurus pusat, persatuan perawat Nasional Indonesia. Jakarta 3. Aprisunadi. 2018. Standart Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan pengurus pusat, persatuan perawat Nasional Indonesia. Jakarta

1. TOTAL OKLUSI KORONER (CTO)

1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien dengan Total Oklusi Koroner
2.	Assesmen keperawatan	Nyeri dada hebat menjalar, sesak napas saat beraktivitas, kelelahan ekstrem, keringat dingin Nutrisi : Anoreksia, mual, nafsu makan menurun Pola Eliminasi : Oliguria, Gangguan rasa nyaman Bio, psiko, social, spiritual, dan budaya
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Nyeri Akut (D.0124) 2. Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif (D.0014)
4.	Kriteria Evaluasi	1. Nyeri Akut (D.0124) Ekspektasi Nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil: ☐ Keluhan nyeri menurun, meringis menurun ☐ Gelisah menurun ☐ Pola nafas membaik ☐ Tekanan darah membaik 2. Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif (D.0014) Perfusi myocard Meningkat, dengan kriteria hasil : ☐ Penurunan keluhan nyeri dada ☐ Gambaran EKG yang membaik ☐ Penurunan mual, muntah, dan diaphoresis (keringat dingin). ☐ Penurunan takikardia dan stabilisasi tekanan darah.

5.	Intervensi Keperawatan	1. Nyeri Akut D.0124 a. Managemen. Nyeri I. 08238 Tindakan : 1) Observasi ☐ Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri skala 0-10, PQRST ☐ Monitor TTV terutama Nadi, TD, RR saat nyeri ☐ Monitor ekspresi wajah, gerak tubuh, keringat dingin, gelisah ☐ Identifikasi faktor pencetus dan faktor yang meringankan nyeri 2) Terapeutik ☐ Beri posisi nyaman semi-Fowler untuk mengurangi kerja jantung jika nyeri dada ☐ Lakukan teknik non-farmakologi: napas dalam, relaksasi otot, distraksi, kompres hangat/dingin sesuai indikasi ☐ Batasi stimulus nyeri seperti kebisingan, cahaya terang ☐ Beri dorongan untuk mengekspresikan nyeri agar tidak ditahan 3) Edukasi ☐ Jelaskan penyebab nyeri dan cara mengatasinya agar cemas berkurang ☐ Ajarkan teknik manajemen nyeri mandiri: relaksasi, distraksi, napas dalam ☐ Anjurkan melaporkan jika nyeri >skala 5, tidak berkurang dengan istirahat, atau menjalar ke lengan/rahang ☐ Edukasi penggunaan analgesik: nama, dosis, efek samping, waktu minum 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian analgesik sesuai order dokter dan evaluasi efektivitasnya dalam 30 menit ☐ Kolaborasi pemeriksaan penunjang EKG, troponin jika dicurigai nyeri dada kardiak ☐ Konsultasi tim nyeri jika nyeri tidak terkontrol dengan analgesik standar 2. Risiko Perfusi Miokard Tidak (D.0014) Tindakan : meningkatkan Perfusi Miokard (L.02011) Tindakan : 1) Obeservasi ☐ Monitor frekuensi, durasi, lokasi, skala, faktor pencetus, dan respons nyeri dada ☐ Periksa adanya gambaran ST elevasi/depresi dan identifikasi atau monitor onset dan pemicu aritmia
----	------------------------	--

		☐ Monitor tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi), respon hemodinamik akibat aritmia, serta tanda-tanda gagal jantung (distensi vena jugularis, suara jantung tambahan) ☐ Pantau saturasi oksigen pasien secara berkala. 2) Terapeutik ☐ Berikan lingkungan yang tenang ☐ Batasi aktivitas sesuai toleransi, berikan periode istirahat ☐ Posisikan pasien semi-Fowler untuk mengurangi <i>preload</i> dan mempermudah pernapasan ☐ Catat dan laporkan perubahan hemodinamik yang signifikan 3) Edukasi ☐ Jelaskan mekanisme dan faktor risiko penyebab gangguan aliran darah koroner (misal: penumpukan plak, hipertensi) ☐ Anjurkan mengurangi makanan tinggi kolesterol dan garam ☐ Ajarkan cara mengenali dan mengatasi nyeri dada, seperti istirahat dan penggunaan obat jika diresepkan 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian obat: Seperti <i>nitrogliserin</i> (nitrokaf) untuk meredakan nyeri dada dengan cepat ☐ Kolaborasi pemberian antikoagulan/antiplatelet: Seperti aspirin atau clopidogrel untuk mencegah pembentukan trombus. ☐ Kolaborasi pemeriksaan Kolaborasi antiaritmia: Untuk mencegah atau mengatasi gangguan irama jantung ☐ Kolaborasi pemberian antikoagulan/antiplatelet: Seperti aspirin atau clopidogrel untuk mencegah pembentukan trombus. ☐ Kolaborasi tindakan medis lanjutan: Mempersiapkan pasien untuk <i>Percutaneous Coronary Intervention</i> (PCI) atau pemasangan ring ☐ Auskultasi bunyi napas untuk mendeteksi suara tambahan seperti <i>wheezing</i> atau <i>ronchi</i>
6	Informasi dan Edukasi	1. Atur pola napas 2. Hemat energi saat aktivitas 3. Minum obat teratur sesuai jadwal 4. Manajemen nyeri

7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	1. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI). (2019). <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i> (Edisi 1). Jakarta: PPNI.

1. ST – Elevasi dan Non ST - Elevasi

1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien dengan STEMI dan Non STEMI
2.	Assesmen keperawatan	Sesak Napas, Nyeri dada hebat menjalar, keringat dingin, sinkop Nutrisi : Anoreksia, mual, nafsu makan menurun Pola Eliminasi : Oliguria, Gangguan rasa nyaman Bio, psiko, social, spiritual, dan budaya
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Nyeri Akut (D.0124) 2. Penurunan Curah Jantung (D.0021) 3. Kecemasan (D.0004) 4. Intoleransi Aktivitas (D.0106) 5. Gangguan Pertukaran Gas (D.0032)
4.	Kriteria Evaluasi	1. Nyeri Akut (D.0124) Ekspektasi Nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil: ☐ Keluhan nyeri menurun,meringis menurun ☐ Gelisah menurun ☐ Pola nafas membaik ☐ Tekanan darah membaik 2. Penurunan Curah Jantung (D.0021) Curah jantung Meningkat, dengan kriteria hasil : ☐ Tekanan darah menurun ☐ CRT kembali normal ☐ Palpitasi menurun ☐ Disentensi vena jugularis menurun ☐ EKG aritmia kembalinormal ☐ Lelah menurun 3. Kecemasan (D.0004) Kecemasan berkurang dengan kriteria hasil : ☐ Perasaan rileks/Tampak rileks ☐ frekuensi cemas turun ☐ durasi cemas turun ☐ TTV stabil ☐ Pola tidur teratur 4. Intoleransi Aktivitas (D.0056) Aktifitas meningkat dengan kriteria hasil : ☐ Kemudahan aktifitas sehari hari meningkat ☐ Kekuatan bagian atas bawah tubuh meningkat

		☐ Keuhan Lelah menurun ☐ Dypneu saat aktivitas menurun ☐ Pola tidur membaik 5. Gangguan Pertukaran Gas (D.0032) pertukaran gas pasien membaik dengan kriteria hasil : ☐ SpO2 ≥95% ☐ RR 18-22x/mnt ☐ tidak ada dispnea saat istirahat ☐ tidak ada bunyi napas tambahan
--	--	---

5.	Intervensi Keperawatan	1. Nyeri Akut D.0124 a. Managemen. Nyeri I. 08238 Tindakan : 1) Observasi ☐ Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri skala 0-10, PQRST ☐ Monitor TTV terutama Nadi, TD, RR saat nyeri ☐ Monitor ekspresi wajah, gerak tubuh, keringat dingin, gelisah ☐ Identifikasi faktor pencetus dan faktor yang meringankan nyeri 2) Terapeutik ☐ Beri posisi nyaman semi-Fowler untuk mengurangi kerja jantung jika nyeri dada ☐ Lakukan teknik non-farmakologi: napas dalam, relaksasi otot, distraksi, kompres hangat/dingin sesuai indikasi ☐ Batasi stimulus nyeri seperti kebisingan, cahaya terang ☐ Beri dorongan untuk mengekspresikan nyeri agar tidak ditahan 3) Edukasi ☐ Jelaskan penyebab nyeri dan cara mengatasinya agar cemas berkurang ☐ Ajarkan teknik manajemen nyeri mandiri:
----	------------------------	---

		relaksasi, distraksi, napas dalam ☐ Anjurkan melaporkan jika nyeri >skala 5, tidak berkurang dengan istirahat, atau menjalar ke lengan/rahang ☐ Edukasi penggunaan analgesik: nama, dosis, efek samping, waktu minum 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian analgesik sesuai order dokter dan evaluasi efektivitasnya dalam 30 menit ☐ Kolaborasi pemeriksaan penunjang EKG, troponin jika dicurigai nyeri dada kardiak ☐ Konsultasi tim nyeri jika nyeri tidak terkontrol dengan analgesik standar 2. Penurunan Curah Jantung (D.0021) a. Manajemen Curah Jantung I.02075 Tindakan : 1) Observasi ☐ Monitor TTV, irama nadi, CRT tiap 4 jam ☐ Auskultasi bunyi jantung: murmur, S3, irama AF ☐ Monitor tanda gagal jantung: edema, JVD, ronki, berat badan harian ☐ Monitor intake-output cairan & keseimbangan cairan 2) Terapeutik ☐ Atur posisi semi-Fowler 30-45° saat sesak ☐ Batasi aktivitas sesuai toleransi, berikan periode istirahat ☐ Kolaborasi pemberian oksigen 2-4 lpm sesuai order jika SpO2 <95% ☐ Catat dan laporkan perubahan hemodinamik yang signifikan 3) Edukasi ☐ Jelaskan tanda & gejala penurunan curah jantung yang harus segera dilaporkan: sesak mendadak, nyeri dada, pusing ☐ Ajarkan teknik hemat energi dalam aktivitas sehari-hari ☐ Anjurkan timbang BB setiap pagi setelah BAK 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian obat: diuretik, ACE-I, beta-blocker, digoksin sesuai order dokter ☐ Kolaborasi pemeriksaan EKG, Echo, BNP ☐ Kolaborasi pembatasan cairan sesuai order
--	--	--

		3. Kecemasan (D.0004) a. Reduksi Ansietas (I.09314) Tindakan : 1) Obeservasi ☐ Identifikasi saat tingkat kecemasan berubah (misalnya: akibat kondisi, waktu, atau stresor tertentu) ☐ Monitor tanda-tanda ansietas, baik secara verbal maupun nonverbal 2) Terapeutik ☐ Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa saling percaya ☐ Temani pasien untuk mengurangi kecemasan ☐ Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan ☐ Diskusikan perencanaan realistis mengenai peristiwa yang akan datang 3) Edukasi ☐ Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien ☐ Latih teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan otot dan pikiran 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian obat: antiansietas, penenang, atau antidepresan ☐ konsultasikan atau rujuk pasien kepada psikiater, psikolog klinis, atau konselor untuk penanganan psikologis lebih lanjut. 4. Intoleransi Aktivitas (D.0056) a. Manajemen Energi I.05178 Tindakan: 1) Observasi ☐ Monitor respon kardiopulmonal terhadap aktivitas: Nadi, TD, RR, SpO2 sebelum, saat, dan setelah aktivitas ☐ Monitor tingkat kelelahan menggunakan skala 0-10 ☐ Monitor pola tidur dan kualitas istirahat pasien ☐ Identifikasi faktor penyebab kelelahan: nyeri, sesak, anemia, cemas 2) Terapiutik ☐ Atur aktivitas bertahap: mulai dari ADL ringan → sedang, beri waktu istirahat 10-15 menit tiap aktivitas ☐ Atur posisi semi-Fowler saat beraktivitas untuk mengurangi kerja napas ☐ Bantu ADL sesuai kebutuhan, ajarkan prioritas aktivitas ☐ Jadwalkan perawatan berkelompok agar ada
--	--	--

		periode istirahat cukup 3) Edukasi ☐ Ajarkan teknik hemat energi: duduk saat mandi, kumpulkan barang sebelum bergerak, hindari aktivitas berulang ☐ Ajarkan napas bibir mengerucut saat aktivitas untuk mengurangi sesak ☐ Edukasi pentingnya istirahat diantara aktivitas dan kenali tanda harus berhenti: pusing, sesak, nyeri dada, SpO₂ <90% ☐ Anjurkan aktivitas ringan bertahap seperti jalan di tempat 3-5 menit 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi dengan fisioterapis untuk program latihan bertahap sesuai toleransi ☐ Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian oksigen saat aktivitas jika SpO₂ <95% ☐ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemenuhan nutrisi tinggi kalori protein guna meningkatkan energi ☐ Kolaborasi pemberian obat: diuretik, inotropik sesuai order untuk memperbaiki curah jantung 5. Gangguan pertukaran gas (D.0032) Pemantauan Respirasi (I.01014) Tindakan: 1) Observasi ☐ Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas ☐ Monitor pola napas (misalnya takipnea atau bradipnea) ☐ Auskultasi bunyi napas untuk mendeteksi suara tambahan seperti <i>wheezing</i> atau <i>ronchi</i> ☐ Monitor saturasi oksigen dan hasil Analisis Gas Darah (AGD) ☐ Monitor nilai AGD (Analisis Gas Darah) untuk melihat kadar PaO₂ dan PaCO₂. 2) Terapiutik ☐ Atur posisi pasien (semi-Fowler atau Fowler) untuk memaksimalkan ekspansi paru. ☐ Bersihkan sekret pada jalan napas ☐ Pertahankan kepatenan jalan napas ☐ Berikan oksigen tambahan sesuai instruksi dokter (misal via nasal kanul atau masker) ☐ Berikan dukungan emosional untuk mengurangi kecemasan yang dapat memperberat sesak napas
--	--	---

		3) Edukasi ☐ Ajarkan pasien dan keluarga teknik batuk efektif jika memungkinkan ☐ Anjurkan pasien untuk mengatur pola aktivitas agar tidak memicu kelelahan berlebih 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi dalam penentuan dosis oksigen dan pantau respon pasien secara berkala ☐ Atur dosis dan metode pengiriman (misal: kanul nasal, masker <i>non-rebreather</i>) sesuai anjuran medis ☐ Cek hasil laboratorium untuk mengevaluasi pH, PaO₂, PaCO₂, dan saturasi oksigen ☐ Kolaborasi pemberian obat: bronkodilator, ekspektoran, atau kortikosteroid
6	Informasi dan Edukasi	1. Atur pola napas 2. Hemat energi saat aktivitas 3. Minum obat teratur sesuai jadwal 4. Manajemen nyeri mandiri
7	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	1. Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1</i>. Jakarta: PPNI. 2. Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1</i>. Jakarta: PPNI. 3. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1</i>. Jakarta: PPNI. Aprisunadi. 2018. <i>Standart Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. Dewan pengurus pusat, persatuan perawat Nasional Indonesia. Jakarta

BBLSR (BERAT BADAN LAHIR SANGAT RENDAH)

1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada bayi dengan berat lahir kurang dari 1500 gram tanpa memandang usia gestasi
2.	Assesmen keperawatan	1. Prematuritas murni • BB < 1500 gram • Panjang badan < 45 cm • Lingkar kepala < 33 cm • Lingkar dada <30 cm • Jaringan lemak subkuta tipis atau kurang • Umur kehamilan kurang dari 37 minggu • kepala lebih besar • Kulit tipis transparan, lanugo (bulu-bulu halus) banyak, lemak kurang • Tulang rawan daun telinga merupakan otot yang tidak ada gerakan aktif pada lengan dan sikunya • Pernapasan tidak teratur dapat terjadi apnea • Pernapasan 40-5- kali/menit dan nadi 100-140 kali/menit • Bayi kecil, pergerakan kurang dan lemah • Reflek hisap dan menelan belum sempurna • Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang. 2. Dismaturitas • Pre-aterm sama dengan bayi prematuritas murni • Aterm dan Post aterm • Kulit berselubung verniks caeseosa tipis/tidak ada • Kulit pucat/bernoda mekonium, kering, keriput, tipis • Jaringan lemak di bawah kulit tipis • Bayi tampak gesit, aktif dan kuat • Tali pusat berwarna kuning kehijauan
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) 2. Pola napas tidak efektif (D.0005) 3. Resiko defisit nutrisi (D.0032) 4. Resiko hipotermia (D.0140) 5. Resiko ikterik neonatus (D.0035) 6. Resiko infeksi (D.0142)

4.	Kriteria Evaluasi	1. Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001) Ekspektasi mempertahankan jalan nafas paten, dengan kriteria hasil (L.01001): ☐ Frekuensi napas membaik ☐ Pola napas membaik ☐ Produksi sputum menurun ☐ Sianosis menurun ☐ Mekonium (pada neonatus) menurun 2. Pola nafas tidak efektif (D.0005) Ekspektasi Inspirasi dan atau eskpirasi yang memberikan ventilasi adekuat dengan kriteria hasi (L.01004): ☐ Dispnea menurun ☐ Penggunaan otot bantu napas menurun ☐ Pernapasan cuping hidung menurun ☐ Frekuensi napas membaik ☐ Kedalaman napas membaik 3. Resiko Defisit nutrisi (D.0032) Ekspektasi Keadekutan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme pada bayi membaik, dengan kriteria hasil (L.03031): ☐ Berat badan meningkat ☐ Panjang badan meningkat ☐ Kulit kuning menurun ☐ Sklera kuning menurun ☐ Membran mukosa kuning menurun ☐ Prematuritas menurun ☐ Bayi cengeng menurun ☐ Pucat menurun ☐ Bayi menyusu dengan kuat ☐ Tebal lipatan kulit membaik ☐ Proses tumbuh kembang membaik ☐ Lapisan lemak membaik 4. Resiko hipotermia (D.0140) Ekpektasi: Pengaturan suhu tubuh neonatus agar tetap berada pada rentang normal, dengan kriteria hasil (L.14135): ☐ Suhu tubuh membaik ☐ Suhu kulit membaik ☐ Frekuensi nadi membaik ☐ CRT membaik 5. Resiko ikterik neonatus (D.0035) Ekpektasi : proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan intra uterin ke ekstra uterin membaik dengan kriteria hasil (L.10095): ☐ Berat Badan meningkat ☐ Membran mukosa kuning menurun ☐ Kulit kuning menurun ☐ Sklera kuning menurun ☐ Prematuritas menurun
----	-------------------	--

		☐ Keterlambatan pengeluaran feses menurun ☐ Aktivitas ekstermitas membaik ☐ Respon terhadap stimulus sensorik membaik 6. Resiko infeksi (D.0142) Ekspektasi tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.14137): ☐ Kebersihan tangan meningkat ☐ Kebersihan badan meningkat ☐ Nafsu makan meningkat ☐ Demam menurun ☐ Cairan berbau busuk menurun ☐ Sputum berwarna hijau menurun ☐ Periode menggigil menurun ☐ Lelargi menurun ☐ Kadar sel darah putih membaik
5.	Intervensi Keperawatan	1. Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001) A. Manajemen jalan nafas (I.01011) a. Observasi ☐ Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) ☐ Monitor bunyi nafas tambahan (misal : gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) b. Terapeutik ☐ Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan posisi ekstensi ☐ Lakukan penghisapan lendir ☐ Berikan oksigen jika perlu c. Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu B. Pemantauan respirasi (I.01014) a. Observasi ☐ Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas ☐ Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi) ☐ Monitor adanya produksi sputum ☐ Monitor adanya sumbatan jalan nafas ☐ Auskultasi bunyi nafas ☐ Monitor saturasi oksigen ☐ Monitor hasil x ray toraks b. Terapeutik ☐ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ☐ Dokumentasikan hasil pemantauan c. Edukasi ☐ Informasikan hasil pemantauan jika perlu C. Terapi oksigen (I.01026) a. Observasi ☐ Monitor kecepatan aliran oksigen

		☐ Monitor posisi alat terapi oksigen ☐ Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup ☐ Monitor edfektifitas terapi oksigen (misal : oksimetri, analisa gas darah) jika perlu ☐ Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan ☐ Monitor tanda – tanda hipoventilasi ☐ Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis ☐ Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasnagan oksigen b. Terapeutik ☐ Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakhea jika perlu ☐ Pertahankan kepatenan jalan nafas ☐ Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen ☐ Berikan oksigen tambahan jika perlu ☐ Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi ☐ Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien c. Edukasi ☐ Ajarkan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah d. Kolaborasi ☐ Kolaborasi penentuan dosis oksigen ☐ Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan / atau tidur 2. Pola napas tidak efektif (D.0005) A. Manajemen jalan nafas (I.01011) a. Observasi ☐ Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) ☐ Monitor bunyi nafas tambahan (misal : gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) b. Terapeutik ☐ Pertahanakan kepatenan jalan nafas dengan posisi ekstensi ☐ Lakukan penghisapan lendir ☐ Berikan oksigen jika perlu c. Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu B. Pemantauan respirasi (I.01014) a. Observasi ☐ Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas ☐ Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnena, hiperventilasi) ☐ Monitor adanya produksi sputum ☐ Monitor adanya sumbatan jalan nafas
--	--	--

		☐ Auskultasi bunyi nafas ☐ Monitor saturasi oksigen ☐ Monitor hasil x ray toraks b. Terapeutik ☐ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ☐ Dokumentasikan hasil pemantauan c. Edukasi ☐ Informasikan hasil pemantauan jika perlu C. Terapi oksigen (I.01026) a. Observasi ☐ Monitor kecepatan aliran oksigen ☐ Monitor posisi alat terapi oksigen ☐ Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup ☐ Monitor edfektifitas terapi oksigen (misal : oksimetri, analisa gas darah) jika perlu ☐ Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan ☐ Monitor tanda – tanda hipoventilasi ☐ Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis ☐ Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasnagan oksigen b. Terapeutik ☐ Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakhea jika perlu ☐ Pertahankan kepatenan jalan nafas ☐ Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen ☐ Berikan oksigen tambahanjika perlu ☐ Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi ☐ Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien c. Edukasi ☐ Ajarkan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah d. Kolaborasi ☐ Kolaborasi penentuan dosis oksigen ☐ Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan / atau tidur 3. Resiko defisit nutrisi (D.0032) A. Manajemen nutrisi (I.03119) a. Observasi ☐ Identifikasi status nutrisi ☐ Identifikasi kebutuhan nutrisi ☐ Identifikasi perlunya penggunaan selang orogastrik /selang nasogastrik ☐ Monitor asupan cairan ☐ Monitor berat badan ☐ Monitor hasil pemeriksaan laboratorium b. Terapeutik
--	--	--

		☐ Lakukan oral hygiene sebelum makan , jika perlu ☐ Berikan suplemen makan, jika perlu ☐ Hentikan pemberian makan melalui selang orogastrik/ nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi c. Kolaborasi ☐ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan , jika perlu B. Konseling laktasi (I.03093) a. Observasi ☐ Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui ☐ Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui ☐ Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui b. Terapeutik ☐ Gunakan teknik mendengarkan aktif (misal : duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) ☐ Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar c. Edukasi ☐ Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu C. Edukasi menyusui (I.12393) a. Observasi ☐ Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ☐ Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui b. Terapeutik ☐ Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan ☐ Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan ☐ Berikan kesempatan untuk bertanya ☐ Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui ☐ Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan. c. Edukasi ☐ Berikan konseling menyusui ☐ Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi ☐ Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar ☐ Ajarkan perawatan payudara post partum (misal : memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) 4. Resiko hipotermia (D.0140) A. Manajemen hipotermia (I.14507) a. Observasi ☐ Monitor suhu tubuh ☐ Identifikasi penyebab hipotermia (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak sub kutan
--	--	---

		☐ Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan : takipnea, disartria, diuresisi, hipotermia sedang : aritmis, hipotensi, apatis, koagulopati, reflek menurun;; hipotermia berat : oliguria, reflek menghilang, edema paru) b. Terapeutik ☐ Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan, suhu inkubator) ☐ Ganti pakaian dan /atau linen yang basah ☐ Lakukan penghangatan pasif (misal : selimut, menutup kepala, pakaian tebal) ☐ Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal : perawatan metode kanguru) ☐ Lakukan penghangatan aktif internal (misal : oksigen hangat) B. Regulasi temperatur (I.14578) a. Observasi ☐ Monitor suhu bayi sampai stabil (36.5°C – 37.5°C) ☐ Monitor suhu tubuh tiap dua jam, jika perlu ☐ Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi ☐ Monitor warna dan suhu kulit ☐ Monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia b. Terapeutik ☐ Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu ☐ Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat ☐ Masukkan bayi BBLR ke dalam plastik segera setelah lahir ☐ Gunakan topi bayi untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir ☐ Tempatkan bayi baru lahir di bawah 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 (misal selimut, kain bedongan, stetoskop) ☐ Hindari meletakkan bayi di area aliran pendingin ruangan ☐ Gunakan selimut hangat untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu ☐ Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien (25C- 27C) c. Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu 5. Resiko ikterik neonatus (D.0035) A. Perawatan bayi (I. 10338) a. Observasi ☐ Monitor tanda – tanda vital bayi
--	--	--

		b. Terapeutik ☐ Mandikan bayi dengan suhu ruangan 21C – 24 C ☐ Mandikan bayi dalam waktu 5 – 10 menit dan 2 kali dalam sehari ☐ Rawat tali pusat secara terbuka (tali pusat tidak dibungkus apapun) ☐ Bersihkan pangkal tali pusat dengan cotton bud yang telah diberi air steril ☐ Kenakan popok bayi dibawah umbilikal jika tali pusat belum terlepas ☐ Ganti popok bayi jika basah ☐ Kenakan pakaian bayi dari bahan katun c. Edukasi ☐ Anjurkan ibu menyusui sesuai kebutuhan bayi ☐ Ajarkan ibu cara merawat bayi di rumah ☐ Ajarkan cara pemberian makanan pendamping ASI pada bayi >6 bulan B. Perawatan neonatus (I. 03132) a. Observasi ☐ Identifikasi kondisi awal bayi setelah lahir (misal : kecukupan bulan, air ketuban jernih, atau bercampur mekonium, menangis spontan, tonus otot) ☐ Monitor tanda vital bayi (terutama suhu) b. Terapeutik ☐ Berikan vitamin K 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan ☐ Mandikan selama 5 – 10 menit , minimal sekali sehari ☐ Mandikan dengan air hangat (36C – 37 C) ☐ Oleskan baby oil untuk mempertahankan kelembaban kulit ☐ Rawat tali pusat secara terbuka (tidak dibungkus) ☐ Bersihkan tali pusat dengan air steril ☐ Kenakan pakain dari bahan katun ☐ Selimuti untuk mempertahankan kehangatan dan mencegah hipotermia ☐ Ganti popok segera jika basah c. Edukasi ☐ Anjurkan tidak membubuhi apapun pada tali pusat ☐ Anjurkan ibu menyusi bayi setiap 2 jam ☐ Anjurkan menyendawakan bayi setelah disusui ☐ Anjurkan ibu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi 6. Resiko infeksi (D.0142) A. Pencehagan infeksi (I. 14539) a. Observasi ☐ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik b. Terapeutik ☐ Batasi jumlah pengunjung ☐ Berikan perawatan kulit pada area edema
--	--	---

		☐ Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien ☐ Pertahankan tehnik aseptik c. Edukasi ☐ Jelaskan tanda dan gejala infeksi ☐ Ajarkan cara cuci tangan dengan benar ☐ Ajarkan etika batuk ☐ Meningkatkan asupan nutrisi ☐ Meningkatkan asupan cairan d. Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
6.	Informasi dan Edukasi	1. Perawatan bayi di rumah 2. Cara menyusui yang benar 3. Cara pencegahan hipotermi 4. Perawatan metode kanguru (PMK) 5. Menjaga kehangatan bayi 6. Tanda dan bahaya bayi sakit 7. Asi eksklusif 8. Imunisasi
7.	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan kriteria evaluasi serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	PPNI (2018). <i>Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i> , Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI. PPNI (2018). <i>Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria-Hasil</i> , Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI. PPNI (2018). <i>Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan</i> , Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RSI SULTAN AGUNG ISLAMIC TEACHING HOSPITAL Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah SEMARANG - JAWA TENGAH PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)		
DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF)		
1.	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien anak dengan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) atau Demam Berdarah Dengue (DBD), yaitu penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk Aedes aegypti. Kondisi ini ditandai dengan demam tinggi mendadak, manifestasi perdarahan, kecenderungan syok (Dengue Shock Syndrome), serta kebocoran plasma yang dibuktikan dengan adanya hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau trombositopenia
2.	Assesmen keperawatan	Demam tinggi mendadak (pola pelana kuda / biphasic fever), umumnya berlangsung 2–7 hari. Manifestasi perdarahan: Petekie, ekimosis, purpura, perdarahan gusi, epistaksis (mimisan), hematemesis, atau melena. Tanda-tanda syok/pre-syok (Kegawatan PICU): Akral dingin, basah, pucat, nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menyempit (≤ 20 mmHg), CRT (Capillary Refill Time) > 2 detik, letargi, atau penurunan kesadaran. Keluhan gastrointestinal: Nyeri perut hebat (terutama kuadran kanan atas/epigastrium), mual, muntah, dan anoreksia. Tanda kebocoran plasma: Efusi pleura, asites (perut membuncit/tegang), atau edema anasarka. Pemeriksaan Laboratorium: Trombositopenia ($< 100.000/\mu\text{L}$), hemokonsentrasi (peningkatan Hematokrit $\geq 20\%$ dari nilai basal), Leukopenia, serta serologi Dengue positif (NS1, IgM/IgG anti-dengue).
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Risiko Syok (SDKI D.0039) d.d. faktor risiko kekurangan volume cairan (akibat kebocoran plasma ke ruang intravaskular). 2. Hipertermia (SDKI D.0130) b.d. proses penyakit (infeksi virus dengue). 3. Risiko Perdarahan (SDKI D.0012) d.d. gangguan koagulasi (trombositopenia). 4. Nyeri Akut (SDKI D.0077) b.d. agen pencedera fisiologis (proses inflamasi intraabdomen/hepatomegali).
4.	Kriteria Evaluasi	1. Risiko Syok (D.0039) Ekspektasi: Tingkat Syok Menurun, dengan kriteria hasil: a. Tanda-tanda vital stabil (Tekanan darah normal sesuai

		usia, nadi kuat). b. Akral teraba hangat, kering, dan merah. c. CRT <2 detik. d. Produksi urine adekuat (0,5–1 ml/kgBB/jam untuk anak-anak). 2. Hipertermia (D.0130) Ekspektasi: Termoregulasi Membaik, dengan kriteria hasil: a. Suhu tubuh membaik (36,5-37,5 C) b. Kulit merah dan takipnea menurun. 3. Risiko Perdarahan (D.0012) Ekspektasi: Tingkat Perdarahan Menurun, dengan kriteria hasil: a. Tidak terjadi perdarahan baru (tidak ada petekie baru, epistaksis, atau hematemesis). b. Kadar Trombosit meningkat/stabil menuju batas normal c. Nilai Hematokrit stabil (tidak melonjak naik). 4. Nyeri Akut (D.0077) Ekspektasi: Tingkat Nyeri Menurun, dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri perut/kepala menurun. b. Meringis menurun, gelisah menurun.
5.	Intervensi Keperawatan	1. Risiko Syok (D.0039) Intervensi Utama: Pencegahan Syok (I.02068) & Manajemen Cairan (I.03098) Observasi: a. Monitor ketat status kardiovaskular: Tekanan darah, frekuensi nadi, kekuatan nadi, dan CRT setiap 1–2 jam pada fase kritis. b. Monitor tanda-tanda kebocoran plasma (pantau adanya sesak napas akibat efusi pleura, distensi perut). c. Hitung intake dan output cairan secara rigid per jam (termasuk urine, muntah, feses). d. Monitor berkala nilai Hematokrit (HT) dan Trombosit setiap 6–12 jam sekali. Terapeutik: a. Pertahankan akses intravena (IV line) yang paten (disarankan menggunakan nomor kateter IV yang adekuat untuk resusitasi cepat). b. Posisikan pasien supine dengan kaki ditinggikan (jika tanda pre-syok muncul, kecuali ada distress napas). Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian cairan kristaloid (mis. RL, RA) sesuai protokol cairan DHF (rumus Holiday Segar atau protokol cairan syok). b. Kolaborasi pemberian cairan koloid jika terjadi syok yang tidak responsif dengan kristaloid. 2. Hipertermia (D.0130) Intervensi Utama: Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi:

		a. Monitor suhu tubuh secara berkala (tiap 2–4 jam). Terapeutik: a. Berikan kompres hangat pada area dahi, aksila, atau lipatan paha. b. Hindari penggunaan kompres dingin atau alkohol karena dapat memicu vasokonstriksi atau hipotermia mendadak. c. Anjurkan anak menggunakan pakaian yang tipis, longgar, dan menyerap keringat. Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian antipiretik (Parasetamol). Kontraindikasi kuat: Hindari pemberian Aspirin, Ibuprofen, atau NSAID lain karena dapat memperparah risiko perdarahan dan mencetuskan sindrom Reye. 3. Risiko Perdarahan (D.0012) Intervensi Utama: Pencegahan Perdarahan (I.02067) Observasi: a. Monitor tanda dan gejala perdarahan masif (cek feses, urine, residu lambung via NGT). Terapeutik: a. Gunakan jarum suntik ukuran kecil untuk pengambilan sampel darah dan lakukan penekanan (pressure) lebih lama pada bekas tusukan (± 5 menit). b. Hindari pemasangan NGT atau kateter urine yang traumatik. c. Anjurkan pasien/orang tua menggunakan sikat gigi yang sangat lembut atau kasa pembersih mulut untuk mencegah perdarahan gusi Kolaborasi: a. Kolaborasi transfusi komponen darah (mis. Thrombocyte Concentrate / TC atau Fresh Frozen Plasma / FFP) sesuai indikasi medis dan instruksi dokter penanggung jawab (DPJP).
6.	Informasi dan Edukasi	Edukasi orang tua mengenai fase kritis DHF (Fase Defervescence): Fase ketika demam turun (biasanya hari ke-3 hingga ke-5) tetapi justru merupakan fase paling berbahaya di mana risiko syok dan kebocoran plasma memuncak. Ajarkan orang tua mengenali tanda bahaya (warning signs): Anak malas minum, muntah terus-menerus, nyeri perut hebat, anak tampak sangat lemas/tidur terus, atau ada perdarahan spontan. Anjurkan asupan cairan oral yang adekuat (jus buah, susu, oralit, air putih) selama anak masih toleran per oral.
7.	Evaluasi	Mengevaluasi tanda-tanda vital, kecukupan volume cairan intravaskular (dilihat dari stabilitas hemodinamik dan produksi urine), perbaikan nilai laboratorium (trombosit naik, hematokrit turun/stabil), dan hilangnya tanda-tanda komplikasi syok/perdarahan. Semua dievaluasi secara berkala lalu dibandingkan dengan kriteria hasil SLKI.

8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengelola	Unit Keperawatan / PICU NICU
10.	Kepustakaan	Tim Pokja SDKI, SLKI, SIKI DPP PPNI. (2017-2019). Jakarta: DPP PPNI. World Health Organization (WHO). (2011). Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever. WHO Regional Office for South-East Asia. Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2014). Pedoman Diagnosis dan Tatalaksana Demam Berdarah Dengue pada Anak. Jakarta: UKK Infeksi dan Penyakit Tropis IDAI.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RSI SULTAN AGUNG ISLAMIC TEACHING HOSPITAL Ramah Sakit Sesuai Prinsip Syariah SEMARANG - JAWA TENGAH PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)		
Asfiksia Neonatorum		
1.	Pengertian (Definisi)	Asfiksia neonatorum adalah kegagalan bayi baru lahir untuk bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, yang menyebabkan kurangnya pasokan oksigen (hipoksia) dan penumpukan karbon dioksida
2.	Assesmen keperawatan	Pernapasan: Bayi tidak menangis, napas megap-megap (gaspings), atau tidak bernapas sama sekali (apnea). Warna Kulit: Kulit tampak kebiruan (sianosis) atau pucat pasi. Denyut Jantung: Jantung berdetak lambat (bradikardia < 100 kali/menit). Tonus Otot: Tubuh bayi tampak lunglai, lemas, dan tidak ada gerakan aktif (hipotonia). Refleks: Tidak ada respons atau hanya menyeringai saat diberi stimulasi pada telapak kaki.
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) 2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) 3. Pola Napas Tidak Efektif (SDKI D.0005) 4. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) 5. Risiko Termoregulasi Tidak Efektif (D.0148)

4.	Kriteria Evaluasi	1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Ekspektasi gangguan pola napas efektif dapat teratasi, dengan kriteria hasil : ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun 7. ☐ Penggunaan otot bantu napas dari skala 1 meningkat menjadi skala 3 sedang 8 ☐ Frekuensi napas dari 1 memburuk menjadi skala 5 membaik Menggigil menurun 2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) Ekspektasi : masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil : ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Bunyi napas tambahan dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Takikardi dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ PCO₂ dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik ☐ PO₂ dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik ☐ Ph arteri dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 3. Polainapas Tidak Efektif (D.0005) Ekspektasi: gangguan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Penggunaan otot bantu napas dari skala 1 meningkat menjadi skala 3 sedang ☐ Frekuensi napas dari 1 memburuk menjadi skala 5 membaik
----	-------------------	--

		4. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) Ekspektasi: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) dapat teratasi dengan kriteria hasil: ☐ Tingkat kesadaran dari skala 1 menurun menjadi skala 5 meningkat ☐ Sakit kepala dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Gelisah dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Tekanan intrakranial dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik ☐ Tekanan arteri rata-rata dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik 5. Risiko Termoregulasi Tidak Efektif (D.0148) Ekspektasi : membaik Kriteria Hasil : ☐ Menggigil ☐ Kulit merah ☐ Kejang ☐ Akrosianosis ☐ Konsumsi oksigen ☐ Piloereksi ☐ Vasokonstriksi perifer ☐ Kutis memurata ☐ Pucat ☐ Takikardi ☐ Takipnea ☐ Bradikardi ☐ Dasar kuku sianotik ☐ Hipoksia ☐ Suhu tubuh ☐ Suhu kulit ☐ Kadar glukosa darah ☐ Pengisian kapiler ☐ Ventilasi ☐ Tekanan darah
--	--	--

5.	Intervensi Keperawatan	1. Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Manajemen Jalan Napas (I.01011) Tindakan : 1) Obeservasi ☐ Monitor frekuensi, kedalaman, irama, dan pola napas pasien ☐ Monitor adanya bunyi napas tambahan seperti ronki atau wheezing ☐ Monitor kemampuan pasien dalam batuk dan mengeluarkan sekret ☐ Monitor jumlah, warna, dan kekentalan sputum 2) Terapeutik ☐ Posisikan pasien semifowler atau fowler untuk mempermudah ekspansi paru ☐ Pertahankan kepatenan jalan napas ☐ Berikan fisioterapi dada sesuai indikasi ☐ Anjurkan pasien batuk efektif dan napas dalam ☐ Berikan cairan hangat bila tidak ada kontraindikasi untuk membantu mengencerkan sekret 3) Edukasi ☐ Ajarkan teknik batuk efektif untuk membantu pengeluaran dahak ☐ Anjurkan meningkatkan asupan cairan sesuai kebutuhan tubuh ☐ Edukasi pentingnya istirahat cukup selama masa pengobatan ☐ Anjurkan menghindari asap rokok, debu, dan polusi udara ☐ Jelaskan tanda bahaya gangguan pernapasan yang perlu segera dilaporkan 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi ☐ Kolaborasi pemberian nebulizer untuk membantu melegakan jalan napas
----	------------------------	--

	2. Gangguan pertukaran Gas (D.0003) Definisi Mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan napas pertukaran gas. Tindakan: 1) Observasi ☐ Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas ☐ Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) ☐ Monitor kemampuan batuk efektif ☐ Monitor adanya produksi sputum ☐ Monitor adanya sumbatan jalan naps ☐ Palpasi kesimetrisan ekspansi paru ☐ Auskultasi bunyi napas ☐ Monitor saturasi oksigen ☐ Monitor nilai AGD ☐ Monitor hasil x-ray toraks 2) Terapeutik ☐ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ☐ Dokumentasikan hasil pemantauan 3) Edukasi ☐ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan ☐ Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 3. Pola Napas Tidak Efektif (SDKI D.0005) Manajemen Ventilasi (I.01006) Tindakan : 1.) Observasi ☐ Monitor frekuensi, kedalaman, irama, dan pola napas pasien ☐ Monitor tanda distress pernapasan seperti sesak, retraksi dada, dan penggunaan otot bantu napas ☐ Monitor bunyi napas tambahan seperti ronki atau wheezing ☐ Monitor saturasi oksigen dan tanda hipoksia ☐ Monitor hasil analisa gas darah bila tersedia 2.) Terapeutik ☐ Posisikan pasien semifowler atau fowler untuk membantu pengembangan paru ☐ Pertahankan jalan napas tetap paten ☐ Berikan latihan napas dalam dan batuk efektif ☐ Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang untuk mengurangi kerja napas 3.) Edukasi : ☐ Ajarkan teknik napas dalam dan relaksasi pernapasan ☐ Anjurkan pasien menghindari aktivitas berat yang memperberat sesak
--	---

		☐ Edukasi pentingnya kepatuhan terhadap terapi dan penggunaan oksigen 4.) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, nebulizer, atau mukolitik ☐ Kolaborasi pemeriksaan analisa gas darah dan saturasi oksigen ☐ Kolaborasi penggunaan ventilator bila diperlukan sesuai kondisi pasien 4. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) Tindakan: 1. Observasi ☐ Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) ☐ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas iregular, kesadaran menurun) ☐ Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) ☐ Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu ☐ Monitor PAWP, jika perlu ☐ Monitor PAP, jika perlu ☐ Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia ☐ Monitor CCP (Cerebral Perfusion Pressure) ☐ Monitor gelombang ICP ☐ Monitor status pernapasan ☐ Monitor intake dan output cairan ☐ Monitor cairan serebro spinalis (mis. warna, konsistensi) 2. Terapeutik ☐ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ☐ Berikan posisi semi Fowler ☐ Hindari manuver Valsava ☐ Cegah terjadinya kejang ☐ Hindari penggunaan PEEP ☐ Hindari penggunaan cairan IV hipotonik ☐ Atur ventilator agar PaCO₂ optimal ☐ Pertahankan suhu tubuh normal 3. Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu ☐ Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu ☐ Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu 5. Resiko Termoregulasi Tidak Efektif (D.0148)
--	--	---

		Edukasi Pengukuran Suhu Tubuh (I.12414) Definisi : mengajarkan cara pengukuran suhu tubuh Tindakan: 1) Observasi ☐ Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik ☐ Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan ☐ Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan ☐ Berikan kesempatan untuk bertanya ☐ Dokumentasikan hasil pengukuran suhu 2) Edukasi ☐ Jelaskan prosedur pengukuran suhu tubuh ☐ Anjurkan terus memegang bahu dan menahan dada saat pengukuran aksila ☐ Ajarkan memilih lokasi pengukuran suhu oral dan aksila ☐ Ajarkan cara meletakkan ujung thermometer di bawah lidah atau di bagian tengah aksila ☐ Ajarkan cara membaca hasil thermometer raksa dan/atau elektornik. Edukasi Termoregulasi (I.12457) Definisi : mengajarkan pasien untuk mendukung keseimbangan antara produksi panas, mendapatkan panas dan kehilangan panas Tindakan: 1) Observasi ☐ Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik ☐ Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan ☐ Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan ☐ Berikan kesempatan bertanya 2) Edukasi ☐ Ajarkan kompres hangat jika demam ☐ Ajarkan cara pengukuran suhu ☐ Anjurkan tetap memandikan pasien, jika memungkinkan ☐ Anjurkan pemberian antipiretik, sesuai indikasi ☐ Anjurkan menciptakan lingkungan yang nyaman ☐ Anjurkan membanyak minum ☐ Anjurkan penggunaan pakaian yang longgar ☐ Anjurkan minum analgesic jika merasa pusing, sesuai indikasi ☐ Anjurkan pemeriksaan darah jika demam >3 hari.
--	--	--

6.	Informasi dan Edukasi	1. Perawatan Pasca-Asfiksia di Rumah • Nutrisi: Latih cara menyusui yang aman karena refleks hisap bayi mungkin masih lemah. • Suhu Tubuh: Jaga bayi tetap hangat melalui metode kangguru (<i>Kangaroo Mother Care</i>) atau kain bedong untuk mencegah hipotermia. 2. Tanda Bahaya (Segera ke Rumah Sakit) • Napas: Sesak, dada cekung ke dalam, atau merintih. • Kulit: Bibir atau tubuh kembali membiru atau pucat. • Saraf: Bayi kejang, tubuh kaku/sangat lunglai, atau kesadaran menurun (sulit dibangunkan). • Minum: Bayi menolak menyusui atau selalu memuntahkan minumannya. 3. Pemantauan Tumbuh Kembang • Kontrol Rutin: Wajib memeriksakan bayi secara berkala ke dokter anak untuk memantau perkembangan otak dan motoriknya. • Stimulasi: Lakukan stimulasi dini di rumah (ajak bicara, kontak mata, dan pijat lembut). 4. Pencegahan di Kehamilan Berikutnya • Pemeriksaan Rutin: Lakukan <i>Antenatal Care</i> (ANC) secara teratur untuk deteksi dini risiko (seperti preeklamsia atau gawat janin). • Tempat Bersalin: Pilih fasilitas kesehatan yang memiliki tim dan alat resusitasi bayi yang lengkap
7.	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan

9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	Putri, S. E., & Amalia, D. (2023). Bronkopneumonia. <i>Jurnal Medika Nusantara</i>, 1(3). https://doi.org/10.59680/medika.v1i3.403 Purnamawati, I. G. A. D., & Fajri, I. R. (2020). Asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia: Suatu studi kasus. <i>Buletin Kesehatan Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan</i>, 4(2), 109–123. https://doi.org/10.36971/keperawatan.v4i2.68

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RSI SULTAN AGUNG ISLAMIC TEACHING HOSPITAL Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah SEMARANG - JAWA TENGAH PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)		
BRONKOPNEUMONIA		
1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien dengan Bronkopneumonia adalah infeksi paru- paru yang menyebabkan saluran nafas dan kantung udara di paru menjadi meradang serta dipenuhi lendir atau cairan
2.	Assesmen keperawatan	Batuk berdahak,Sesak napas,Demam,Napas cepat (takipnea),Bunyi napas ronki,Nyeri dada,Lemas Nafsu makan menurun, Sianosis (kebiruan)Retraksi dinding dada,Saturasi oksigen menurun
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) 2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) 3. Pola Napas Tidak Efektif (SDKI D.0005) 4. Hipertermia (SDKI D.0130)

4.	Kriteria Evaluasi	1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Ekspektasi gangguan pola napas efektif dapat teratasi, dengan kriteria hasil : ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun 7. ☐ Penggunaan otot bantu napas dari skala 1 meningkat menjadi skala 3 sedang 8 ☐ Frekuensi napas dari 1 memburuk menjadi skala 5 membaik Menggigil menurun 2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) Ekspektasi : masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil : ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Bunyi napas tambahan dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Takikardi dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ PCO₂ dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik ☐ PO₂ dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik ☐ Ph arteri dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 3. Polainapas Tidak Efektif (D.0005) Ekspektasi h gangguan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Penggunaan otot bantu napas dari skala 1 meningkat menjadi skala 3 sedang ☐ Frekuensi napas dari 1 memburuk menjadi skala 5 membaik
----	-------------------	---

		4. Hipertermia (D.0130) Ekspetasi termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil : ☐ Menggigil menurun ☐ Kulit merah menurun ☐ Suhu tubuh membaik ☐ . Takipnea menurun dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) ☐ Bradikardi menurun dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) ☐ Dasar kuku sianotik menurun dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) ☐ Hipoksia menurun dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) ☐ . Suhu tubuh dari skala 1 (Memburuk) menjadi skala 4 (Cukup membaik) ☐ Suhu kulit dari skala 1 (Memburuk) menjadi skala 4 (Cukup membaik) ☐ Kadar Glukosa darah dari skala 1 (Memburuk) menjadi skala 4 (Cukup membaik) ☐ Pengisian Kapiler dari skala 1 (Memburuk) menjadi skala 4 (Cukup membaik) ☐ Ventilasi dari skala 1 (Memburuk) menjadi skala 4 (Cukup membaik).
5.	Intervensi Keperawatan	1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Manajemen Jalan Napas (I.01011) Tindakan : 1) Obeservasi ☐ Monitor frekuensi, kedalaman, irama, dan pola napas pasien ☐ Monitor adanya bunyi napas tambahan seperti ronki atau wheezing ☐ Monitor kemampuan pasien dalam batuk dan mengeluarkan sekret ☐ Monitor jumlah, warna, dan kekentalan sputum 2) Terapeutik ☐ Posisikan pasien semifowler atau fowler untuk mempermudah ekspansi paru ☐ Pertahankan kepatenan jalan napas ☐ Berikan fisioterapi dada sesuai indikasi ☐ Anjurkan pasien batuk efektif dan napas dalam ☐ Berikan cairan hangat bila tidak ada kontraindikasi untuk membantu mengencerkan sekret

		3) Edukasi ☐ Ajarkan teknik batuk efektif untuk membantu pengeluaran dahak ☐ Anjurkan meningkatkan asupan cairan sesuai kebutuhan tubuh ☐ Edukasi pentingnya istirahat cukup selama masa pengobatan ☐ Anjurkan menghindari asap rokok, debu, dan polusi udara ☐ Jelaskan tanda bahaya gangguan pernapasan yang perlu segera dilaporkan 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi ☐ Kolaborasi pemberian nebulizer untuk membantu melegakan jalan napas
		2. Manajemen Pemantauan Respirasi Tindakan : 1) Observasi ☐ Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan pola napas pasien ☐ Monitor suara napas tambahan seperti ronki, wheezing, atau stridor ☐ Monitor saturasi oksigen secara berkala ☐ Monitor adanya penggunaan otot bantu napas dan retraksi dinding dada ☐ Monitor tanda-tanda hipoksia seperti sianosis, gelisah, dan penurunan kesadaran 2) Terapeutik ☐ Atur posisi semifowler atau fowler untuk memaksimalkan ventilasi paru ☐ Pertahankan jalan napas tetap paten ☐ Berikan lingkungan nyaman dan tenang untuk mengurangi kebutuhan oksigen ☐ Bantu pasien melakukan latihan napas dalam dan batuk efektif ☐ Observasi respons pasien terhadap terapi oksigen atau nebulizer 3) Edukasi ☐ Ajarkan pasien teknik napas dalam dan batuk efektif

		☐ Anjurkan pasien segera melapor bila sesak bertambah berat ☐ Edukasi pentingnya mematuhi terapi dan penggunaan oksigen sesuai anjuran 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian oksigen sesuai kebutuhan pasien ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, atau nebulizer 3. Pola Napas Tidak Efektif (SDKI D.0005) Manajemen Ventilasi (I.01006) Tindakan : 1.) Observasi ☐ Monitor frekuensi, kedalaman, irama, dan pola napas pasien ☐ Monitor tanda distress pernapasan seperti sesak, retraksi dada, dan penggunaan otot bantu napas ☐ Monitor bunyi napas tambahan seperti ronki atau wheezing ☐ Monitor saturasi oksigen dan tanda hipoksia ☐ Monitor hasil analisa gas darah bila tersedia 2.) Terapeutik ☐ Posisikan pasien semifowler atau fowler untuk membantu pengembangan paru ☐ Pertahankan jalan napas tetap paten ☐ Berikan latihan napas dalam dan batuk efektif ☐ Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang untuk mengurangi kerja napas 3.) Edukasi : ☐ Ajarkan teknik napas dalam dan relaksasi pernapasan ☐ Anjurkan pasien menghindari aktivitas berat yang memperberat sesak ☐ Edukasi pentingnya kepatuhan terhadap terapi dan penggunaan oksigen 4.) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, nebulizer, atau mukolitik ☐ Kolaborasi pemeriksaan analisa gas darah dan saturasi oksigen ☐ Kolaborasi penggunaan ventilator bila diperlukan sesuai kondisi pasien
--	--	---

		4. Hipertermia (SDKI D.0130) Manajemen Hipertermia (I.15506) Tindakan : 1) Observasi ☐ Berikan kompres hangat pada lipatan tubuh bila diperlukan ☐ Anjurkan pasien menggunakan pakaian tipis dan nyaman ☐ Atur suhu lingkungan agar tetap sejuk dan nyaman ☐ Tingkatkan asupan cairan bila tidak ada kontraindikasi ☐ Berikan istirahat cukup untuk membantu proses pemulihan 2) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian antipiretik sesuai program terapi ☐ Kolaborasi pemberian cairan intravena bila diperlukan ☐ Kolaborasi pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui penyebab infeksi ☐ Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi medis
6.	Informasi dan Edukasi	1. Berikan kompres hangat pada lipatan tubuh bila diperlukan 2. Anjurkan pasien menggunakan pakaian tipis dan nyaman 3. Atur suhu lingkungan agar tetap sejuk dan nyaman 4. Tingkatkan asupan cairan bila tidak ada kontraindikasi 5. Berikan istirahat cukup untuk membantu proses pemulihan
7.	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan

10.	Kepustakaan	Putri, S. E., & Amalia, D. (2023). Bronkopneumonia. <i>Jurnal Medika Nusantara</i>, 1(3). https://doi.org/10.59680/medika.v1i3.403 Purnamawati, I. G. A. D., & Fajri, I. R. (2020). Asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia: Suatu studi kasus. <i>Buletin Kesehatan Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan</i>, 4(2), 109–123. https://doi.org/10.36971/keperawat-an.v4i2.68
-----	-------------	---

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RSI SULTAN AGUNG ISLAMIC TEACHING HOSPITAL Ramah Sakit Sesuai Prinsip Syariah SEMARANG - JAWA TENGAH PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)		
GAGAL NAPAS		
1	Pengertian (Definisi)	Gagal napas (respiratory failure) dan distress nafas (respiratory distress) merupakan diagnosis yang ditegakkan secara klinis dimana sistem pernafasan tidak mampu untuk melakukan pertukaran gas secara normal tanpa bantuan.
2.	Assesmen keperawatan	SESAK a) Sistem pernafasan : kesulitan dalam respirasi normal. Refraksi stenum dan interkosta, nafas cuping hidung, cyanosis pada udara kamar, grunting, respirasi cepat atau lambat b) Sistem kardiovaskulaer : takikardia, nadi lemah/cepat, akral dingin/hangat, cyanosis perifer c) Sistem gastrointestinal : muntah, kembung, peristaltik menurun/meningkat d) Sistem perkemihan : keluaran urine, warna
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan 2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoulus-kapiler. 3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upanya napas 4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan pencegahan syok 5. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

4.	Kriteria Evaluasi	1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan Ekspektasi ventilasi spontan meningkat , dengan kriteria hasil : ☐ Volume tidal meningkat ☐ Dyspnea menurun ☐ Penggunaan otot bantu napas menurun: ☐ Gelisah menurun ☐ PCO₂ membaik ☐ PO₂ membaik ☐ PO₂ membaik 2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler Ekspektasi Pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : ☐ Tingkatkesadaran meningkat ☐ Dispnea menurun menurun ☐ Pusing menurun ☐ Gelisah menurun ☐ Napas cuping hidung menurun ☐ PCO₂ membaik ☐ PO₂ membaik ☐ Sianosis membaik ☐ Pola napas membaik ☐ Warna kulit membaik 3. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan Ekspektasi bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: ☐ Batuk efektif meningkat ☐ Produksi sputum menurun ☐ Mengi menurun ☐ Wheezing menurun ☐ Dispnea menurun
----	-------------------	--

		☐ Gelisah menurun ☐ Frekuensi napas membaik 4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas Ekpektasi Pola nafas membaik dengan kriteria hasil : ☐ Ventilasi semenit meningkat ☐ Kapasitas vital meningkat ☐ Tekanan ekspirasi meningkat ☐ Tekanan inspirasi meningkat ☐ Dispnea menurun ☐ Penggunaan otot bantu napas menurun 5. Frekuensi napas membaik Kedalaman napas membaik, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan pencegahan syok Ekpektasi Perfusi perifer meningkat , dengan kriteria hasil : ☐ Denyutnadi perifer meningkat ☐ Sensasi meningkat ☐ Warna kulit pucat menurun ☐ Edema perifer menurun ☐ Nyeri ekstermitas menurun ☐ Kelemahan otot menurun ☐ Kram otot menurun ☐ Nekrosis menurun ☐ Pengisian kapiler membaik ☐ Akral membaik
--	--	---

5.	Intervensi Keperawatan	1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan Manajemen ventilasi mekanik <i>Observasi :</i> ☐ Periksa indikasi ventilator mekanik ☐ Monitor efek ventilator terhadap status oksigenasi ☐ Monitor kriteria perlunya penyiapan ventilator ☐ Monitor efek negatif ventilator ☐ Monitor gejala peningkatan pernapasan (mis, peningkatan denyut jantung atau pernapasan, peningkatan tekanan darah, diaforesis, perubahan status mental). ☐ Monitor kondisi yang meningkatkan konsumsi oksigen (mis, demam, menggigil, kejang, dan nyeri) ☐ Dokumentasikan respon terhadap ventilator ☐ Monitor gangguan ☐ Mukosa oral, nasal, trakea dan laring. <i>Terapeutik :</i> ☐ Atur posisi kepala 45-60° untuk mencegah aspirasi reposisi pasien setiap 24 jam atau sesuai prosedur ☐ Dokumentasi respon terhadap ventilator <i>Kolaborasi :</i> ☐ Kolaborasi pemilihan mode ventilator (mis. Kontrol volume, kontrol tekanan atau gabungan) ☐ Kolaborasi pemberian agen pelumpuh otot, sedatif, analgesik, sesuai kebutuhan. ☐ Kolaborasi penggunaan PS atau PEEP untuk meminimalkan hipoventilasi alveolus
----	------------------------	---

		2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran Manajemen pemantauan respirasi <i>Observasi :</i> ☐ Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas ☐ Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi: kussmaul). ☐ Monitor kemampuan batuk efektif ☐ Monitor adanya produksi sputum ☐ Monitor adanya sumbatan jalan napas ☐ Palpasi kesimetrisan ekspansi paru ☐ Auskultasi bunyi napas ☐ Monitor saturasi oksigen ☐ Monitor nilai AGD ☐ Monitor hasil x-ray toraks <i>Terapeutik :</i> ☐ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ☐ Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi :</i> ☐ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 3. Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan sekresin yang tertahan Manajemen jalan nafas Tindakan : <i>Observasi</i> ☐ Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) ☐ Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering). ☐ Monitor sputum (jumlah, warna dan aroma). <i>Terapeutik :</i> ☐ Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt
--	--	---

		dan chin-lif (jaw thrust jika curigai trauma fraktur servikal) ☐ Posisikan semi-fowler atau fowler ☐ Berikan minuman hangat ☐ Lakukan fisioterapi dada, jika perlu. ☐ Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik ☐ Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal. ☐ Keluarkan sumbatan benda padat ☐ Berikan oksigen, jika perlu. <i>Edukasi :</i> ☐ Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi ☐ Ajarkan teknik batuk efektif <i>Kolaborasi :</i> ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mukolitik, jika perlu. 4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas Manajemen jalan nafas Tindakan : <i>Observasi</i> ☐ Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) ☐ Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering). ☐ Monitor sputum (jumlah, warna dan aroma). <i>Terapeutik :</i> ☐ Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lif (jaw thrust jika curigai trauma fraktur servikal) ☐ Posisikan semi-fowler atau fowler ☐ Berikan minuman hangat ☐ Lakukan fisioterapi dada, jika perlu. ☐ Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik ☐ Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan
--	--	--

		endotrakeal. ☐ Keluarkan sumbatan benda padat ☐ Berikan oksigen, jika perlu. <i>Edukasi :</i> ☐ Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi ☐ Ajarkan teknik batuk efektif <i>Kolaborasi :</i> ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu. 5. perifer tidak efektif berhubungan dengan pencegahan syok Manajemen Tindakan : <i>Observasi :</i> ☐ Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP). ☐ Monitor status oksigen (oksimetri nadi, AGD) ☐ Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) ☐ Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil <i>Terapeutik :</i> ☐ Pertahankan jalan napas paten ☐ Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% ☐ Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanisme, jika perlu ☐ Pasang jalur IV ☐ Pasang kateter urin untuk menilai produksi urine ☐ Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung <i>Kolaborasi :</i> ☐ Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa ☐ Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 ml/kg
--	--	---

		BB pada anak ☐ Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu
6.	Informasi dan Edukasi	1. Atur posisi kepala 45-60° untuk mencegah aspirasi reposisi pasien setiap 24 jam atau sesuai prosedur 2. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 3. Ajarkan teknik batuk efektif
7.	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia Jilid 1. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2010.h.84-8. Wratney A, Chifetz I, Fortenberry J, Paden M. Disorders of the lung parenchyma. Dalam: Slonim A, Pollack M, penyunting. Pediatric critical care medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.h.683-93. Jing L, Yun S, Jian-ying D, Tian Z, Jing-ya L, Li-li L, dkk. Clinical characteristics, diagnosis and management of respiratory distress syndrome in full-term neonates. Chin Med J. 2010;123(19):2640-44. Levy M. Pathophysiology of oxygen delivery in respiratory failure. Chest. 2005;128:547-53. Sweet D, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, dkk. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants: 2010 Update. Neonatology. 2010;97:402-17.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RSI SULTAN AGUNG ISLAMIC TEACHING HOSPITAL Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah SEMARANG - JAWA TENGAH PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)		
HIPERBILIRUBINEMIA NEONATORUM		
1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada neonatus dengan hiperbilirubinemia, yaitu kondisi klinis pada bayi baru lahir yang ditandai dengan pewarnaan kuning pada kulit, sklera, dan mukosa akibat akumulasi bilirubin tak terkonjugasi (indirek) ataupun terkonjugasi (direk) di dalam jaringan, yang melampaui batas normal sesuai usia gestasi dan usia kronologis bayi.
2.	Assesmen keperawatan	Kulit, sklera, dan membran mukosa tampak kuning (Ikterus visual berdasarkan Skala Kramer). Refleks hisap melemah atau bayi malas menetek. Letargi, tampak lunglai (hipotonia), atau sebaliknya tampak kaku/kejang (tanda ensefalopati bilirubin). Penurunan berat badan > 10% dari berat lahir. Status hidrasi: Mukosa mulut kering, turgor kulit menurun, fontanela (ubun-ubun) cekung. Suhu tubuh fluktuatif (risiko hipertermia saat fototerapi). Feses berwarna pucat (seperti dempul) atau urine berwarna gelap pekat. Pemeriksaan Laboratorium: Kadar Bilirubin Serum Total (BST) > batas normal kurva Bhutani, bilirubin direk/indirek, inkompatibilitas golongan darah (ABO/Rh).
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Ikterus Neonatus (SDKI D.0024) b.d. profil darah abnormal, keterlambatan pengeluaran mekonium, atau penurunan berat badan abnormal. 2. Risiko Hipovolemia (SDKI D.0034) d.d. faktor risiko kehilangan cairan aktif (efek insensible water loss / IWL selama fototerapi). 3. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (SDKI D.0139) d.d. faktor risiko bahan kimia iritan (feses encer akibat fototerapi) dan faktor radiasi lampu fototerapi. 4. Risiko Cedera (SDKI D.0136) d.d. faktor risiko efek fototerapi (mis. paparan sinar pada retina) atau toksisitas bilirubin pada SSP.

4.	Kriteria Evaluasi	1. Ikterus Neonatus (D.0024) Ekspektasi: Adaptasi Neonatus Membaik, dengan kriteria hasil: a. Warna kulit kuning menurun (Skala Kramer berkurang). b. Sklera kuning menurun. c. Kadar bilirubin serum total (BST) menurun ke batas aman/normal sesuai usia. 2. Risiko Hipovolemia (D.0034) Ekspektasi: Status Cairan Membaik, dengan kriteria hasil: a. Turgor kulit membaik (elastis). b. Membran mukosa lembap. c. Intake cairan adekuat dan produksi urine normal (1–2 ml/kgBB/jam). 3. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139) Ekspektasi: Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat, dengan kriteria hasil: a. Kerusakan jaringan/kulit menurun. b. Kemerahan atau ruam pada kulit (terutama area bokong dan punggung) menurun. 4. Risiko Cedera (D.0136) Ekspektasi: Tingkat Cedera Menurun, dengan kriteria hasil: a. Refleks sensorik-motorik bayi normal (menangis kuat, refleks hisap baik). b. Tidak terjadi iritasi atau cedera pada retina mata bayi. c. Suhu tubuh tetap stabil dalam batas normal (36,5–37,5 C)
5.	Intervensi Keperawatan	1. Ikterus Neonatus (D.0024) Intervensi Utama: Fototerapi Neonatus (I.03091) Observasi: a. Monitor ikterus pada sklera dan kulit bayi secara berkala. b. Monitor kadar bilirubin total, direk, dan indirek sesuai protokol medis. c. Monitor suhu tubuh bayi setiap 2–4 jam sekali untuk mengantisipasi hipertermia. Terapeutik: a. Lepaskan pakaian bayi, sisakan hanya popok/diaper untuk memaksimalkan area paparan sinar. b. Pasang penutup mata khusus (eye protector/opaque mask) untuk melindungi retina. Pastikan tidak menutupi hidung bayi. c. Ganti penutup mata secara berkala jika kotor atau bergeser. d. Atur jarak antara lampu fototerapi dan permukaan kulit bayi sesuai spesifikasi alat (biasanya 30–50 cm). e. Ubah posisi bayi setiap 2–3 jam (terlentang,

		miring, tengkurap) agar paparan sinar merata. Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur fototerapi kepada orang tua/keluarga. - Anjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI atau susu formula sesuai jadwal. Kolaborasi: - Kolaborasi pemeriksaan bilirubin serum berkala. - Kolaborasi persiapan Exchange Transfusion (Transfusi Tukar) jika kadar bilirubin masuk dalam kategori kritis/emergensi. 2. Risiko Hipovolemia (D.0034) Intervensi Utama: Manajemen Cairan (I.03098) Observasi: - Monitor status hidrasi (mis. turgor kulit, membran mukosa, kecekungan ubun-ubun). - Monitor intake (ASI/Susu Formula/Cairan IV) dan output (urine dan feses) secara ketat, termasuk penimbangan popok secara periodik. Terapeutik: - Berikan pemenuhan kebutuhan cairan per oral (ASI/Susu Formula) sesering mungkin (setiap 2 jam) karena fototerapi meningkatkan Insensible Water Loss (IWL) sebanyak 10%–20%. Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian cairan intravena (IV) jika intake oral tidak adekuat atau bayi tampak sangat letargi. 3. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139) Intervensi Utama: Perawatan Kulit (I.11353) Observasi: - Monitor adanya kemerahan, kulit kering, atau ruam popok akibat feses yang encer dan asam efek dari pemecahan bilirubin. Terapeutik: - Bersihkan area perianal dengan air hangat segera setelah bayi buang air besar, hindari penggunaan tisu basah beralkohol atau berparfum. - Jangan mengoleskan minyak (baby oil), losion, atau salep berbasis minyak pada kulit bayi selama penyinaran karena dapat memicu luka bakar/iritasi kulit akibat radiasi lampu.
--	--	--

6.	Informasi dan edukasi	Edukasi orang tua mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif secara terjadwal (8–12 kali sehari) untuk mempercepat pembuangan bilirubin melalui feses dan urine. Ajarkan orang tua cara mengenali tanda-tanda dehidrasi pada bayi (menangis tanpa air mata, mulut kering, urine pekat/sedikit). Edukasi mengenai pentingnya pemakaian penutup mata yang benar selama proses fototerapi dan tidak membukanya secara sembarangan saat lampu menyala. Informasikan kepada orang tua bahwa feses bayi dapat berubah menjadi lebih encer dan berwarna kehijauan selama proses fototerapi, yang merupakan efek normal pembuangan bilirubin.
7.	Evaluasi	Mengevaluasi respons subjektif (melalui laporan orang tua atau tanda klinis kenyamanan bayi) dan objektif (kadar bilirubin serum total, status hidrasi, refleks neurologis, dan integritas kulit) setelah dilaksanakan intervensi, lalu dibandingkan dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengelola	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI. American Academy of Pediatrics (AAP). (2022). Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. Pediatrics, 150(3).

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RSI SULTAN AGUNG ISLAMIC TEACHING HOSPITAL Ramah Sakit Sesuai Prinsip Syariah SEMARANG - JAWA TENGAH PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)		
1. KEJANG DEMAM		
1	Pengertian (Definisi)	Kejang demam meningkatnya suhu tubuh yang mengubah keseimbangan membran neuron sel dan dalam waktu singkat sehingga terjadi difusi dari ion kalium dan ion natrium sehingga terjadi pelepasan listrik yang meluas keseluruh sel maupun membran sel disebut “ Neurotransmitter” dan terjadilah kejang
2.	Assesmen keperawatan	1. Demam 2. Otot menjadi tegang atau menjadi kaku 3. Resiko terjadinya penurunan kesadaran 4. Terjadinya hipoksia
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Pola nafas tidak efektif (D.0005) 2. Hipertermia b.d proses infeksi dd suhu tubuh diatas nilai normal (D.0130) 3. Risiko cedera (D.0136) 4. Risiko jatuh (D. 0143)

4.	Kriteria Evaluasi	1. Pola nafas tidak efektif b. d gangguan neurologis kejang (D.0005) Ekspektasi penapasan pasien kembali membaik dan adekuat. ☐ Suhu tubuh membaik ☐ Intake cairan membaik ☐ Frekuensi nadi membaik ☐ Dispnea menurun 2. Hipertermia b.d proses infeksi dd suhu tubuh diatas nilai normal (D.0130) Ekspektasi suhu tubuh menurun dan kembali ke rentan normal [antara 36,5°C - 37,5°C ☐ Persaan cepat kenyang menurun ☐ Berat badan membaik ☐ IMT membaik ☐ Napsu makan membaik ☐ Bising usus membaik. 3. Risiko cedera (D.0136) Ekspektasi tidak terjadi sama sekali atau frekuensinya berkurang ☐ Kejadian Cedera Luka/lecet menurun ☐ Ketegangan otot menurun ☐ Fraktur menurun ☐ Perdarahan menurun ☐ Ekspresi wajah kesakitan menurun ☐ Agitasi menurun ☐ Iritabilitas menurun ☐ Gangguan mobilitas menurun
----	-------------------	---

		4. Resiko jatuh dd usia < 2 tahun (D.0143) Ekpektasi: Resiko jatuh menurun ☐ Jatuh dari tempat tidur menurun
5.	Intervensi Keperawatan	1. Pola nafas tidak efektif (D.0001) Observasi : ☐ Monitor pola nafas (frekwensi, kedalaman, usaha nafas) ☐ Monitor bunyi nafas tambahan ☐ Monitor frekwensi, irama, kedalaman dan upaya nafas ☐ Monitor kemampuan batuk efektif ☐ Monitor ada produksi sputum ☐ Monitor adanya sumbatan jalan nafas Terpeutik ☐ Pertahankan kepatenan jalan nafas ☐ Alur posisi semi fowler atau fowler ☐ Berikan minum hangat ☐ Lakukan fisioterapi dada ☐ Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik ☐ Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal ☐ Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill ☐ Berikan oksigen bila perlu ☐ Atur pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ☐ Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi ☐ Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak ada kontraindikasi ☐ Ajarkan teknik batuk efektif ☐ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan ☐ Informasikan hasil pemantauan Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran ☐ Kolaborasi pemberian bronchodilator ekspektoran

		2. Hipertermia b.d proses infeksi dd suhu tubuh diatas nilai normal Defisit Nutrisi (D.0019) Manajemen hipertermia Tindakan : Observasi ☐ Monitor tanda-tanda vital (mis suhu tubuh, frekuensi nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah) ☐ Monitor intake dan output cairan ☐ Monitor komplikasi akibat demam (mis kejang, penurunan kesadaran, kadar elektrolit abnormal, ketidakseimbangan asam basa, aritmia) Terapeutik ☐ Tutupi badan dengan selimut/pakaian dengan tepat ☐ Lakukan water tapid sponge jika perlu ☐ Berikan oksigen jika perlu Lakukan oral higiene sebelum makan bila perlu Edukasi ☐ Anjurkan tirah baring ☐ Anjurkan memperbanyak minum Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu ☐ Kolaborasi pemberian antipiretik jika perlu ☐ Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu Pemberian medikasi sebelum makan (peredam nyeri anti emetic) jika perlu. 3. Risiko cedera (D.0136) Manajemen resiko cedera Tindakan : Observasi ☐ Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku) ☐ - Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera ☐ - Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera ☐ - Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah ☐ - Monitor perubahan status keselamatan lingkungan
--	--	--

		Terapeutik ☐ Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan ☐ Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko ☐ Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) ☐ Gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pengaman tempat tidur, pintu terkunci, pagar) ☐ Sediakan pencahayaan yang memadai ☐ Gunakan lampu tidur selama jam tidur ☐ Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap ☐ Sediakan alas kaki anti slip - Sediakan pisotatau urinal untuk eliminasi di dekat tempat tidur, jika perlu ☐ Pastikan bel panggilan mudah dijangkau - Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci ☐ Pastikan barang – barang pribadi mudah dijangkau ☐ Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan ☐ Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan ☐ Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien ☐ Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. Tongkat atau alat bantu jalan) ☐ Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan Edukasi ☐ Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan ☐ Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga ☐ Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri
--	--	--

		4. Resiko jatuh dd usia < 2 tahun (D.0143) Manajemen resiko jatuh Tindakan : Observasi ☐ Identifikasi faktor resiko misal usia < 2 tahun - Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi ☐ Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Humpty dumpty) Terapeutik ☐ Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga ☐ Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci ☐ Pasang handrail tempat tidur ☐ Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah ☐ Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station ☐ Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi ☐ Anjurkan untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah ☐ Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
6.	Informasi dan Edukasi	1. Proses penyakit dan penanganan 2. Diskusikan program obat-obatan
7.	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
10.	Kepustakaan	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Luarannya Keperawatan Indonesia (SLKI)

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)			
SEPSIS			DE NG UE HE MO RR HA GIC FEV ER (DH F)
1	Pengertian (Definisi)	Asuhan keperawatan pada pasien anak/neonatus dengan Sepsis , yaitu suatu disfungsi organ yang mengancam jiwa (<i>life-threatening organ dysfunction</i>) yang disebabkan oleh disregulasi respons tubuh terhadap infeksi (bakteri, virus, jamur, atau parasit). Kondisi ini dapat berkembang cepat menjadi Syok Sepsis , yang ditandai dengan gangguan sirkulasi berat, hipotensi, dan hipoperfusi jaringan yang tidak responsif terhadap resusitasi cairan awal, serta membutuhkan dukungan vasopresor	
2.	Assesmen keperawatan	1. Tanda Infeksi Fokus/Sistemik: Demam tinggi ($>38,5^{\circ}\text{C}$) atau hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$) pada neonatus/bayi kecil. 2. Gangguan Kardiovaskular (Tanda Syok): Akral dingin, basah, pucat, atau <i>mottled</i> (berbercak); <i>Capillary Refill Time</i> (CRT) >2 detik; takikardia atau bradikardia (tanda terminal); nadi perifer teraba lemah; tekanan darah turun (hipotensi) atau tekanan nadi menyempit 3. Gangguan Respirasi: Takipnea (napas cepat), adanya napas cuping hidung, retraksi dada, ronkhi, atau desaturasi ($\text{SpO}_2 < 92\%$ dengan <i>room air</i>) . * Gangguan Neurologis: Letargi, gelisah, rewel yang tidak dapat ditenangkan, atau penurunan kesadaran (Apu/GCS turun) 4. Gangguan Gastrointestinal/Renal: Oliguria (produksi urine $<0,5\text{--}1$ ml/kgBB/jam), distensi abdomen, toleransi minum buruk, atau muntah 5. Pemeriksaan Laboratorium: Leukositosis ($>12.000/\mu\text{L}$) atau leukopenia ($<4.000/\mu\text{L}$), peningkatan <i>C-Reactive Protein</i> (CRP) atau Prokalsitonin (PCT), trombositopenia ($<150.000/\mu\text{L}$), asidosis metabolik, peningkatan laktat darah	

		(>2 mmol/L), hiperglikemia/hipoglikemia, serta hasil kultur darah/cairan tubuh positif.
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Risiko Syok (SDKI D.0039) d.d. faktor risiko ketidakadekuatan aliran darah ke jaringan (akibat vasodilatasi sistemik, kebocoran kapiler, dan depresi miokard pada sepsis). 2. Gangguan Pertukaran Gas (SDKI D.0003) b.d. perubahan membran alveolus-kapiler (proses inflamasi sistemik/ARDS). 3. Hipertermia / Hipotermia (SDKI D.0130 / D.0131) b.d. proses penyakit (infeksi bakteri/viremia) atau kegagalan regulasi suhu pada neonatus. 4. Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI D.0009) b.d. kekurangan volume cairan intravaskular dan penurunan resistensi vaskular sistemik.
4.	Kriteria Evaluasi	1. Risiko Syok & Perfusi Perifer (SLKI): Tingkat Syok Menurun dan Perfusi Perifer Meningkat, dengan kriteria hasil: a. Tanda-tanda vital stabil (Tekanan darah rerata/MAP dan nadi normal sesuai rentang usia) b. Akral teraba hangat, kering, dan warna kulit merah muda c. CRT <2 detik d. Produksi urine adekuat (0,5–1 ml/kgBB/jam untuk anak, 1–2 ml/kgBB/jam untuk neonatus) e. Kadar laktat serum menurun (<2 mmol/L). 2. Gangguan Pertukaran Gas (SLKI): Pertukaran Gas Meningkat, dengan kriteria hasil: a. Dispnea/takipnea menurun, tidak ada penggunaan otot bantu napas b. Nilai Analisa Gas Darah (AGD) dalam batas normal (pH, pO₂, pCO₂) dan SpO₂ 94–98% . 3. Termoregulasi (SLKI): Termoregulasi Membaik, dengan kriteria hasil: a. Suhu tubuh berada dalam rentang normal (36,5°C – 37,5°C) b. Takipnea dan takikardia akibat demam menurun.
5.	Intervensi Keperawatan	1. Risiko Syok & Perfusi Perifer Tidak Efektif <i>Intervensi Utama: Pencegahan Syok (I.02068) & Manajemen Cairan (I.03098)</i> Observasi:

		a. Monitor ketat status kardiovaskular secara kontinu (Tekanan darah, MAP, frekuensi dan kekuatan nadi, ECG <i>monitor</i>) tiap 15–30 menit pada fase resusitasi awal, kemudian tiap 1 jam b. Monitor tanda-tanda hipoperfusi jaringan jaringan (CRT, suhu akral, tingkat kesadaran) c. Hitung <i>intake</i> dan <i>output</i> secara rigid per jam via kateter urine menetap . Terapeutik: a. Amankan akses intravena <i>double/triple lumen</i> yang paten dengan ukuran kateter besar (jika memungkinkan, siapkan akses vena sentral/CVC atau intraosseus jika jalur perifer gagal dalam 5 menit) . Kolaborasi a. Kolaborasi resusitasi cairan kristaloid cepat (mis. NaCl 0,9% atau Ringer Asetat) 10–20 ml/kgBB dalam 10–20 menit, dapat diulang sesuai respons hemodinamik dan tanda kelebihan cairan (hepatomegali/ronkhi) b. Kolaborasi pemberian obat inotropik/vasopresor (mis. Dopamin, Epinefrin, atau Norepinefrin) sesegera mungkin jika syok tetap refrakter setelah resusitasi cairan optimal. 2. Gangguan Pertukaran Gas <i>Intervensi Utama: Pemantauan Respirasi (I.01014) & Terapi Oksigen (I.01026)</i> Observasi: a. Monitor pola napas, frekuensi, kedalaman, dan kerja napas (retraksi) . b. Monitor saturasi oksigen (SpO₂) secara kontinu dan pantau berkala hasil AGD . Terapeutik a. Pertahankan kepatenan jalan napas (<i>suctioning</i> berkala bila terdapat penumpukan sekret) b. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mulai dari <i>nasal prong</i>, <i>High Flow Nasal Cannula</i> (HFNC), CPAP, atau persiapkan intubasi untuk ventilasi mekanis/ventilator jika terjadi gagal napas). 3. Hipertermia / Hipotermia <i>Intervensi Utama: Manajemen Hipertermia (I.15506) / Manajemen Hipotermia (I.14507)</i>
--	--	--

		Observasi: Monitor suhu tubuh secara berkala (tiap 1–2 jam atau kontinu dengan <i>temperature probe</i>) . Terapeutik: <i>Jika Hipertermia:</i> Berikan kompres hangat pada aksila, lipatan paha, atau dahi. Hindari kompres dingin/alkohol. Gunakan pakaian tipis dan longgar. <i>Jika Hipotermia (sering pada neonatus):</i> Tempatkan bayi di dalam inkubator atau di bawah <i>radiant warmer</i>. Lakukan perawatan metode
6.	Informasi dan Edukasi	1. Edukasi orang tua mengenai kondisi kritis anak, tujuan perawatan di ruang intensif (PICU/NICU), serta risiko perburukan multidisfungsi organ . 2. Jelaskan fungsi alat-alat pemantauan intensif, jalur infus, atau mesin ventilator yang terpasang pada anak . 3. Libatkan orang tua dalam asuhan (misalnya pemberian ASI perah untuk neonatus jika toleransi lambung baik/setelah fase syok teratasi)
7.	Evaluasi	Mengevaluasi kestabilan tanda-tanda vital (tercapainya target MAP sesuai usia), perbaikan perfusi perifer (akral hangat dan CRT <2 detik), keadekuatan produksi urine, penurunan kadar asam laktat, klirens infeksi (penurunan leukosit/CRP/PCT), serta tidak terjadinya komplikasi disfungsi organ berkelanjutan (<i>Multiple Organ Dysfunction Syndrome/MODS</i>)
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan
9.	Unit Pengelola	Unit Keperawatan / PICU NICU
10.	Kepustakaan	Tim Pokja SDKI, SLKI, SIKI DPP PPNI. (2017-2019). Jakarta: DPP PPNI. Goldstein, B., et al. (2005). <i>International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics</i> . Pediatric Critical Care MediSurviving Sepsis Campaign (SSC). (2020). <i>International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock in Children</i> . Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2016). <i>Diagnosis dan Tata Laksana Syok Sepsis pada Anak</i> . Jakarta: UKK Pediatri Gawat Darurat IDAI.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN PICU/NICU

 YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RSI SULTAN AGUNG ISLAMIC TEACHING HOSPITAL Ramah Sakit Sesuai Prinsip Syariah SEMARANG - JAWA TENGAH PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)		
RDS (<i>Respiratory Distress Syndrome</i>)		
1.	Pengertian (Definisi)	Gangguan pernapasan serius pada bayi baru lahir yang umumnya terjadi akibat paru-paru belum matang dan kekurangan surfaktan. Kondisi ini paling sering menyerang bayi prematur
2.	Assesmen keperawatan	Berfokus utama pada evaluasi cepat dan berkelanjutan terhadap fungsi pernafasan, status oksigen serta, stabilitas sistemik bayi baru lahir.
3.	Diagnosa Keperawatan	1. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) 2. Pola Napas Tidak Efektif (SDKI D.0005) 3. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) 4. Devisit Nutrisi (D.0019) 5. Risiko Termoregulasi Tidak efektif/Hipotermia (D.0140)

4.	Kriteria Evaluasi	1. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) Ekspektasi : masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil : ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Bunyi napas tambahan dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Takikardi dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ PCO₂ dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik ☐ PO₂ dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 membaik ☐ Ph arteri dari skala 1 memburuk menjadi skala 5 2. Pola napas Tidak Efektif (D.0005) Ekspektasi h gangguan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun ☐ Penggunaan otot bantu napas dari skala 1 meningkat menjadi skala 3 sedang ☐ Frekuensi napas dari 1 memburuk menjadi skala 5 membaik 3. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Ekspetasi gangguan pola napas efektif dapat teratasi, dengan kriteria hasil : ☐ Dispnea dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun 7. ☐ Penggunaan otot bantu napas dari skala 1 meningkat menjadi skala 3 sedang 8 ☐ Frekuensi napas dari 1 memburuk menjadi skala 5 membaik Menggigil menurun
----	-------------------	--

		4. Defisit Nutrisi (D.0019) Ekspetasi Defisit Nutrisi, dengan kriteria hasil : ☐ porsi makanan yang di habiskan meningkat ☐ kekuatan otot pengunyah meningkat ☐ verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat ☐ pengetahuan tentang pilihan makana yang sehat meningkat ☐ pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat ☐ pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat ☐ sikap terhadap makanan/minumam sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat ☐ sariawan menurun ☐ Berat badan membaik ☐ indeks masa tubuh membaik ☐ frekuensi makanan membaik nafsu makan membaik 5. Risiko Termoregulasi Tidak efektif/Hipotermia (D.0140) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Risiko Hipotermia membaik dengan kriteria hasil : Menggigil menurun.
5.	Intervensi Keperawatan	1. Gangguan pertukaran Gas (D.0003) Definisi Mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan napas pertukaran gas. Tindakan: 1) Observasi ☐ Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas ☐ Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) ☐ Monitor kemampuan batuk efektif ☐ Monitor adanya produksi sputum ☐ Monitor adanya sumbatan jalan naps ☐ Palpasi kesimetrisan ekspansi paru ☐ Auskultasi bunyi napas ☐ Monitor saturasi oksigen ☐ Monitor nilai AGD ☐ Monitor hasil x-ray toraks 2) Terapeutik ☐ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ☐ Dokumentasikan hasil pemantauan 3) Edukasi ☐ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan ☐ Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

		2. Pola Napas Tidak Efektif (SDKI D.0005) Manajemen Ventilasi (I.01006) Tindakan : 1.) Observasi ☐ Monitor frekuensi, kedalaman, irama, dan pola napas pasien ☐ Monitor tanda distress pernapasan seperti sesak, retraksi dada, dan penggunaan otot bantu napas ☐ Monitor bunyi napas tambahan seperti ronki atau wheezing ☐ Monitor saturasi oksigen dan tanda hipoksia ☐ Monitor hasil analisa gas darah bila tersedia 2.) Terapeutik ☐ Posisikan pasien semifowler atau fowler untuk membantu pengembangan paru ☐ Pertahankan jalan napas tetap paten ☐ Berikan latihan napas dalam dan batuk efektif ☐ Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang untuk mengurangi kerja napas 3.) Edukasi : ☐ Ajarkan teknik napas dalam dan relaksasi pernapasan ☐ Anjurkan pasien menghindari aktivitas berat yang memperberat sesak ☐ Edukasi pentingnya kepatuhan terhadap terapi dan penggunaan oksigen 4.) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi ☐ Kolaborasi pemberian bronkodilator, nebulizer, atau mukolitik ☐ Kolaborasi pemeriksaan analisa gas darah dan saturasi oksigen ☐ Kolaborasi penggunaan ventilator bila diperlukan sesuai kondisi pasien 3. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Manajemen Jalan Napas (I.01011) Tindakan : 1) Observasi ☐ Monitor frekuensi, kedalaman, irama, dan pola napas pasien ☐ Monitor adanya bunyi napas tambahan seperti ronki atau wheezing ☐ Monitor kemampuan pasien dalam batuk dan mengeluarkan sekret ☐ Monitor jumlah, warna, dan kekentalan sputum 2) Terapeutik
--	--	--

		☐ Posisikan pasien semifowler atau fowler untuk mempermudah ekspansi paru ☐ Pertahankan kepatenan jalan napas ☐ Berikan fisioterapi dada sesuai indikasi ☐ Anjurkan pasien batuk efektif dan napas dalam ☐ Berikan cairan hangat bila tidak ada kontraindikasi untuk membantu mengencerkan sekret 3) Edukasi ☐ Ajarkan teknik batuk efektif untuk membantu pengeluaran dahak ☐ Anjurkan meningkatkan asupan cairan sesuai kebutuhan tubuh ☐ Edukasi pentingnya istirahat cukup selama masa pengobatan ☐ Anjurkan menghindari asap rokok, debu, dan polusi udara ☐ Jelaskan tanda bahaya gangguan pernapasan yang perlu segera dilaporkan 4) Kolaborasi ☐ Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi ☐ Kolaborasi pemberian nebulizer untuk membantu melegakan jalan napas
--	--	---

		4. Defisit Nutrisi (D.0019) Tindakan : 1) Observasi : ☐ identifikasi status nutrisi ☐ identifikasi alergi dan intoleransi makanan ☐ identifikasi makanan yang di sukai ☐ Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient ☐ identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric ☐ monitor asupan makanan ☐ monitor berat badan ☐ monitor hasil pemeriksaan laboratorium 2) Terapeutik : ☐ melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan) ☐ sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai ☐ berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi ☐ berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein ☐ berikan suplemen makanan , jika perlu - hentikan pe,berian makan melalui selang nasogatrik, jika asupan oral dapat di toleransi 3) Edukasi : ☐ anjurkan posisi duduk , jika mampu ☐ ajarkan diet yang diprogramkan 4) Kolaborasi : ☐ kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis,pereda nyeri, antiemetic), jika perlu ☐ kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang di butuhkan, jika perlu 5. Risiko Termoregulasi Tidak efektif/Hipotermia (D.0140) Tindakan : 1) Observasi ☐ Monitor suhu tubuh ☐ Indentifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu
--	--	--

		lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, lemak kekurangan subkutan) ☐ Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: asam-basa abnormal) takipnea, disartria, menggigil. hipertensi, diuresis: hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun; hipotermia berat oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam basa abnormal) 2) Terapeutik ☐ Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator) ☐ Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) ☐ Lakukan penghangatan- aktif eksternal (mis. Kompres hangat, botol hangat, selimut hangat. perawatan metode kangguru) ☐ Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus hangat, lavase peritoneal cairan hangat, oksigen dengan cairan hangat) ☐ Pemberian terapi sponge dengan menggunakan air hangat 3) Edukasi ☐ Anjurkan makan/minum hangat
--	--	---

6.	Informasi dan Edukasi	1. Berikan kompres hangat pada lipatan tubuh bila diperlukan 2. Atur suhu lingkungan agar tetap hangat dan nyaman 3. Tingkatkan asupan cairan bila tidak ada kontraindikasi 4. Berikan istirahat cukup untuk membantu proses pemulihan
7.	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan Standar luaran Keperawatan Indonesia serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
8.	Penelaah Kritis	Komite Keperawatan

9.	Unit Pengolah	Bidang Keperawatan
----	---------------	--------------------

10.	Kepustakaan	Putri, S. E., & Amalia, D. (2023). Bronkopneumonia. <i>Jurnal Medika Nusantara</i>, 1(3). https://doi.org/10.59680/medika.v1i3.403 Purnamawati, I. G. A. D., & Fajri, I. R. (2020). Asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia: Suatu studi kasus. <i>Buletin Kesehatan Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan</i>, 4(2), 109–123. https://doi.org/10.36971/keperawatan.v4i2.68
-----	-------------	---