**Lampiran 1**

**Jadwal Kegiatan Penelitian**

**Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik**

**Dengan Konstipasi Di Ruang Jambu RSUD Klungkung**

**Tahun 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | Waktu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jan 2019 | | | | Feb 2019 | | | | Maret 2019 | | | | April 2019 | | | | Mei 2019 | | | | Juni 2019 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Studi pendahuluan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Penyusunan proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Seminar proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Revisi proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pengurusan izin penelitian |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Pengumpulan data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Analisis data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Penyusunan laporan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Sidang hasil penelitian |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Revisi laporan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Pengumpulan KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Lampiran 2**

**Anggaran Penelitian**

**Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik**

**Dengan Konstipasi Di Ruang Jambu RSUD Klungkung**

**Tahun 2019**

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini direalisasikan sebagai berikut :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Keterangan | Biaya |
| 1 | **Tahap Persiapan** |  |
|  | 1. Fotocopy Proposal | Rp. 125.000,00 |
|  | 1. Print Proposal | Rp. 225.000,00 |
|  | 1. ATK | RP. 20.000,00 |
|  | 1. Revisi Proposal | Rp. 200.000,00 |
| 2 | **Tahap Pelaksanaan** |  |
|  | 1. Pengurusan Izin Penelitian | Rp. 200.000,00 |
|  | 1. Penggandaan Lembar Pengumpulan Data | Rp. 150.000,00 |
| 3 | **Tahap Akhir** |  |
|  | 1. Penggandaan Laporan | Rp. 300.000,00 |
|  | 1. Revisi Laporan | Rp. 200.000,00 |
|  | 1. Akomodasi | Rp. 100.000,00 |
|  | 1. Transport | Rp. 100.000,00 |
|  | 1. Biaya Tidak Terduga | Rp. 100.000,00 |
| **Total biaya** | | **Rp. 1.720.000,00** |

**Lampiran 3**

**Format Pengumpulan Data Dokumentasi**

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Konstipasi Di Ruang Jambu RSUD Klungkung Tahun 2019

Kode Responden :

Tanggal Penelitian :

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti dan benar
2. Istilah pada kolom yang tersedia, dengan cara memberi tanda √ pada kolom yang sesuai dengan dokumen pasien yang tertulis pada CM.
3. **Pengkajian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pengkajian keperawatan | Dikaji | |
| Ya | Tidak |
| 1 | Gejala dan Tanda Mayor |  |  |
|  | 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu | √ |  |
|  | 1. Pengeluaran feses lama dan sulit |  | √ |
|  | 1. Feses keras |  | √ |
|  | 1. Peristaltic usus menurun |  | √ |
| 2 | Gejala dan Tanda Minor |  |  |
|  | 1. Mengejan saat defekasi |  | √ |
|  | 1. Distensi abdomen | √ |  |
|  | 1. Kelemahan umum | √ |  |
|  | 1. Teraba massa pada rektal |  | √ |

1. **Diagnosa Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan (PES) | Dirumuskan | |
| Ya | Tidak |
| 1 | *Problem* |
|  | 1. Konstipasi | √ |  |
| 2 | *Etiology* | | |
|  | Fisiologis | | |
|  | 1. Penurunan motilitas gastrointestinal |  | √ |
|  | 1. Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi |  | √ |
|  | 1. Ketidakcukupan diet |  | √ |
|  | 1. Ketidakcukupan asupan serat |  | √ |
|  | 1. Ketidakcukupan asupan cairan |  | √ |
|  | 1. Aganglionik (mis. Penyakit Hirschsprung) |  | √ |
|  | 1. Kelemahan otot abdomen |  | √ |
|  | Psikologis | | |
|  | 1. Konfusi |  | √ |
|  | 1. Depresi |  | √ |
|  | 1. Gangguang emosional |  | √ |
|  | Situasional | | |
|  | 1. Perubahan kebiasaan makan (mis. Jenis makanan, jadwal makan) |  | √ |
|  | 1. Ketidakadekuatan toileting |  | √ |
|  | 1. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan |  | √ |
|  | 1. Penyalahgunaan laksatif |  | √ |
|  | 1. Efek agen farmakologis |  | √ |
|  | 1. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi |  | √ |
|  | 1. Kebiasaan menahan dorongan defekasi |  | √ |
|  | 1. Perubahan lingkungan |  | √ |
| 3 | *Sign and Symptom* | | |
|  | 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu | √ |  |
|  | 1. Pengeluaran feses lama dan sulit |  | √ |
|  | 1. Mengejan saat defekasi |  | √ |
|  | 1. Feses keras |  | √ |
|  | 1. Peristaltik usus menurun |  | √ |
|  | 1. Distensi abdomen | √ |  |
|  | 1. Kelemahan umum | √ |  |
|  | 1. Teraba massa pada rektal |  | √ |

1. **Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Perencanaan Keperawatan | Direncanakan | |
| Ya | Tidak |
| 1 | Manajemen Eliminasi Fekal |  |  |
|  | 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar |  | √ |
|  | 1. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal |  | √ |
|  | 1. Monitor buang air besar (mis. Warna, frekuensi, konsistensi, volume) |  | √ |
|  | 1. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi dan impkasi | √ |  |
|  | 1. Berikan air hangat setelah makan |  | √ |
|  | 1. Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien |  | √ |
|  | 1. Sediakan makanan yang tinggi serat | √ |  |
|  | 1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus |  | √ |
|  | 1. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi dan volume |  | √ |
|  | 1. Anjurkan untuk meningkatkan aktivitas fisik | √ |  |
|  | 1. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukkan gas |  | √ |
|  | 1. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat | √ |  |
|  | 1. Anjurkan meningkatkan asupan cairan | √ |  |
|  | 1. Pemberian obat supositoria anal | √ |  |
| 2 | Manajemen Konstipasi |  |  |
|  | 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi | √ |  |
|  | 1. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) |  | √ |
|  | 1. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tiring baring dan diet rendah serat) |  | √ |
|  | 1. Anjurkan diet tinggi serat | √ |  |
|  | 1. Lakukan massa abdomen |  | √ |
|  | 1. Lakukan evakuasi feses secara manual |  | √ |
|  | 1. Berikan enema atau irigasi |  | √ |
|  | 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan | √ |  |
|  | 1. Anjurkan peningkatan asupan cairan | √ |  |
|  | 1. Latih buang air besar secara teratur |  | √ |
|  | 1. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impkasi |  | √ |
|  | 1. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus |  | √ |
|  | 1. Kolaborasi penggunaan obat pencahar | √ |  |

1. **Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Implementasi Keperawatan | Diimplementasikan | |
| Ya | Tidak |
| 1 | Manajemen Eliminasi Fekal |
|  | 1. Mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar |  | √ |
|  | 1. Mengidentifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal |  | √ |
|  | 1. Memonitor buang air besar |  |  |
|  | 1. Memonitor tanda dan gejala diare, konstipasi dan impkasi | √ |  |
|  | 1. Memberikan air hangat setelah makan |  | √ |
|  | 1. Menjadwalkan waktu defekasi bersama pasien |  | √ |
|  | 1. Menyediakan makanan yang tinggi serat | √ |  |
|  | 1. Menjelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus |  | √ |
|  | 1. Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi dan volume |  | √ |
|  | 1. Menganjurkan untuk meningkatkan aktivitas fisik | √ |  |
|  | 1. Menganjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukkan gas |  | √ |
|  | 1. Menganjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat | √ |  |
|  | 1. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan | √ |  |
|  | 1. Memberikan obat supositoria anal | √ |  |
| 2 | Manajemen Konstipasi |  |  |
|  | 1. Memperiksakan tanda dan gejala konstipasi | √ |  |
|  | 1. Memperiksakan pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) |  | √ |
|  | 1. Mengidentifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tiring baring dan diet rendah serat) |  | √ |
|  | 1. Menganjurkan diet tinggi serat | √ |  |
|  | 1. Melakukan massa abdomen |  | √ |
|  | 1. Melakukan evakuasi feses secara manual |  | √ |
|  | 1. Memberikan enema atau irigasi |  | √ |
|  | 1. Menjelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan | √ |  |
|  | 1. Menganjurkan peningkatan asupan cairan | √ |  |
|  | 1. Melatih buang air besar secara teratur |  | √ |
|  | 1. Mengajarkan cara mengatasi konstipasi/impkasi |  | √ |
|  | 1. Melakukan konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus |  | √ |
|  | 1. Melakukan kolaborasi penggunaan obat pencahar | √ |  |

1. **Evaluasi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Evaluasi Keperawatan | Dievaluasi | |
| Ya | Tidak |
| 1 | Eliminasi usus |
|  | Pola eliminasi (skala 5; tidak terganggu) |  | √ |
|  | Warna feses (skala 5; tidak terganggu) |  | √ |
|  | Feses lembut dan berbentuk (skala 5; tidak terganggu) |  | √ |
|  | Kemudahan BAB (skala 5; tidak terganggu) |  | √ |
|  | Pengeluaran feses tanpa bantuan (skala 5; tidak terganggu) |  | √ |
|  | Suara bising usus (skala 5; tidak terganggu) |  | √ |
| 2 | Perawatan ostomi sendiri |  | |
|  | Menjaga asupan cairan yang adekuat (skala 5; secara konsisten menunjukkan) |  | √ |
|  | Mengikuti diet yang dianjurkan (skala 5; secara konsisten menunjukkan) |  | √ |
|  | Memodifikasi kegiatan sehar-hari untuk mengoptimalkan perawatan diri (skala 5; secara konsisten menunjukkan) |  | √ |

**FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA**

**DOKUMEN SUBYEK PERTAMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo | | | Pengkajian keperawatan | | | Nama : Tn. W  Tgl lahir : 31-12-1959  No. RM : 004274 | | |
| Tanggal : 16/4/19 sumber data : ☑ pasien □ keluarga □ lainnya | | | | | | Ruangan : Jambu | | |
| **IDENTITAS PASIEN** | | | | | **KEADAAN UMUM** | | | |
| Agama : ☑ Hindu □ Islam □ Katolik  □ Budha □ Konghucu □ lainnya | | | | | Kesadaran : ☑ Compos mentis □ Coma □ Apatis □ Samnolen □ Saparocoma | | | |
| Pendidikan : □ Tidak ada □ SD □ SMP  ☑ SMA □ PT | | | | | GCS : E4 V5 M6 | | | |
| Pekerjaan : ☑ Tidak bekerja □ PNS  □ TNI/Polri □ Swasta □ lainnya | | | | | SpO2: 98%, Pernafasan: 20x/mnt, Nadi: 76x/mnt, Tekanan darah: 170/100 mmHg, Suhu: 37 OC | | | |
| Kewarganegaraan : ☑ WNI □ WNA | | | | | Catatan : | | | |
| Alamat saat ini : Jl. Jempiring - KLK | | | | |
| **RIWAYAT KEPERAWATAN** | | | | | | | | |
| Keluhan utama saat ini : Lemas tubuh sisi kiri | | | | | | | | |
| Diagnosis medis saat ini : SNH berulang | | | | | | | | |
| Riwayat keluhan/penyakit saat ini : Pasien dikeluhkan lemas tubuh sisi kiri saat bangun tidur + bicara pelo | | | | | | | | |
| Riwayat penyakit terdahulu :   1. Riwayat MRS sebelumnya? □ Tidak ☑ Ya, Lamanya 7 hr, alasan: SNH 2. Riwayat dioperasi : ☑ Tidak □ Ya, jenisnya : …… 3. Riwayat penyakit : □ Jantung □ Hipertensi □ DM tipe I/II □ Kelainan jiwa □ Epilepsi ☑ Stroke □ Lainnya 4. Riwayat alergi : ☑ Tidak □ Ya : jenis alergi : □ Obat □ Makanan □ lainnya, sebutkan ……… Tipe reaksi : …… | | | | | | | | |
| **PSIKOSOSIAL** | | | | | | | | |
| Status : Pernikahan : □ Single ☑ Menikah □ Cerai,  Tanggal bersama keluarga : ☑ Ya □ Tidak, jelaskan……  Riwayat kebiasaan : □ Merokok □ Alkohol □ lain-lain…. Jenis dan jumlah perhari  Resiko mencederai diri sendiri : □ Tidak □ Ya | | | | | | | | |
| **OBSERVASI** (*yang relevan telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan kondisi pasien saat ini*) | | | | | | | | |
| ☑ Vital sign □ Neurological □ Neurovaskuler □ Gula darah □ Berat badan □ Tinggi badan □ Urinalysis □ DL □ lainnya : | | | | | | | | |
| **PROSEDUR INVASIF** (*yang terpasang saat ini*) | | | | | | | | |
| ☑ infus Intravena, dipasang di UGD tanggal 16/4/2019  □ central line (CVP), dipasang di………. tanggal…/…/…  □ Dower Chateter, dipasang di…………. tanggal…/…/…  □ Selang NGT, dipasang di …………….. tanggal…/…/…  □ Cytostomy Chat, dipasang di ………….tanggal…/…/…  □ Tracheostomy, dipasang di …………... tanggal…/…/…  □ lain-lain…………………. dipasang di ………………… tanggal…/…/… | | | | | | | | |
| **KONTROL RISIKO INFEKSI** | | | | | | | | |
| Status : ☑ tidak diketahui □ Suspect □ diketahui : □ MRSA, □ TB, □ VRE, □ Infeksi Opportunistik/tropic, □ lainnya…….  Additional precaution yang harus dilakukan : □ Droplet, □ Airborn, □ Contact, □ Skin □ Contact Multi-Resistent Organisme | | | | | | | | |
| **PENILAIAN RESIKO JATUH** | | | | | | | | |
| Item penilaian | | Jml skor | Item penilaian | | Jml skor | Item penilaian | | Jml skor |
| USIA   1. Kurang dari 60 tahun 2. Lebih dari 60 tahun 3. Lebih dari 80 tahun | 0  1  2 | 0 | RIWAYAT JATUH   1. Tidak pernah 2. Jatuh < 1 tahun 3. Jatuh < 1 bulan 4. Jatuh pada saat dirawat sekarang | 0  1  2  3 | 0 | MOBILITAS   1. Mandiri 2. Menggunakan alat bantu berpindah 3. Koordinasi/keseimbangan buruk 4. Dibantu sebagian 5. Dibantu penuh | 0  1  2  3  4 | 4 |
| DEFISIT SENSORIS   1. Kacamata bukan bifokal 2. Kacamata bifocal 3. Gangguan pendengaran 4. Katarak/glukoma 5. Hamper tidak melihat/buta | 0  1  2  2  3 | 0 | KOGNISI   1. Orientasi baik 2. Kesulitan mengerti perintah 3. Gangguan memori 4. Kebingungan 5. Disoreintasi | 0  2  2  3  3 | 0 | POLA BAB/BAK   1. Teratur 2. Inkontinensia urine/feses 3. Nocturia 4. Urgensi/frekuensi | 0  1  2  3 | 0 |
| AKTIVITAS   1. Mandiri 2. ADL dibantu sebagian 3. ADL dibantu penuh | 0  2  3 | 3 | PENGOBATAN   1. > 4 jenis 2. Antihipertensi/hipoglikemik/antidepresan 3. Sedatif/psikotropika/narkotika 4. Infus epidural/spinal | 1  2  2  2 | 2 | KOMORDIBITAS   1. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK 2. Gangguan saraf pusat/perkinson 3. Pasca bedah 0-24 jam | 2  2  3 | 2 |
| TOTAL KESELURUHAN SKOR | | | | | KRITERIA RESIKO CEDERA/JATUH  11  ( ) rendah 0-7 (√ ) sedang 8-13 ( ) tinggi > 14 | | | |
| **KEBUTUHAN KOMUNIKASI/PENDIDIKAN DAN PENGAJARAN**  Bicara : □ normal ☑ Serangan awal gangguan bicara, kapan 16-42019  Bahasa sehari-hari : □ Indonesia, aktif/pasif ☑ Daerah, jelaskan Bali  □ Inggris, aktif/pasif □ lain-lain, jelaskan…….  Perlu penterjemah : ☑ tidak □ ya, Bahasa……. Bahasa isyarat : ☑ tidak □ ya  Hambatan belajar cara belajar yang disukai  □ bahasa □ cemas □ Menulis  □ pendengaran □ emosi □ kognitif □ Audio-Visual/gambar  □ hilang memori □ kesulitan bicara □ Diskusi  □ motivasi buruk □ tidak ada partisipasi dari caregiver □ Membaca  □ masalah penglihatan □ secara fisiologi tidak mampu belajar ☑ Mendengar  ☑ tidak ditemukan hambatan belajar □ kognitif □ demostrasi  Potensi kebutuhan pembelajaran : ☑ proses penyakit ☑ pengobatan/tindakan ☑ terapi/obat ☑ nutrisi □ lain-lain, jelaskan…………. | | | | | | | | |
| **KETERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAKAN ADL** ( *Activity Daily Life* ) | | | | | | | | |
| Personal Hygiene : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Toileting : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Berpakaian : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Makan/Minum : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Mobilisasi : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Alat bantu : □ tongkat □ walker □ kursi roda □ penompang/brace □ protesis  Alasan : …………………. | | | | | | | | |
| **NYERI/KENYAMANAN** | | | | | | | | |
| Nyeri : ☑ tidak □ ya : lokasi ……….. Intensitas (0-10) :….....  Jenis : □ akut □ kronis | | | | | | | | |
| **PERNAFASAN** | | | | | | | | |
| Kesulitan bernafas : ☑ tidak □ ya, memakai O2 3 lt/mnt dengan : ☑ Nasal canule, □ Sungkup, □ Re-Breathing Mask | | | | | | | | |
| **INTEGRITY LUKA** | | | | | | | | |
| ☑ tidak ada masalah □ rash □ lesi □ parut □ memar □ pucat □ kuning □ sianotik □ berkeringat banyak  Resiko decubitus : ☑ tidak □ ya (pengisian form resiko decubitus) braden skor :……  Luka : ☑ tidak ada □ ya ada lokasi :………… pengisian perawatan luka □ perlu □ tidak | | | | | | | | |
| **STATUS NUTRISI** | | | | | | | | |
| Berat badan :…… kg Tinggi badan :…….. cm, score MST : ………  □ muntah, □ sulit menelan, □ sulit mengunyah, □ NGT/TPN/PEG, □ kehilangan nafsu makan, □ kaheksia, □ turun BB> kg dlm 6 bln, □ malnutrisi/malabsrobsi □ hamil/menyusui ket :………….. | | | | | | | | |
| **ELIMINASI** | | | | | | | | |
| Masalah perkemihan : ☑ tidak ada, □ ada : □ stoma, □ stricture uretra, □ retensi urine, □ inkontinesia urine, □ dialysis,  Masalah defekasi : ☑ tidak ada, □ ada □ stoma, □ athresia ani, □ konstipasi, □ diare, □ inkontinesia alvi | | | | | | | | |
| **ORIENTASI PASIEN BARU** (diberikan penjelasan mengenai) | | | | | | | | |
| ☑ lokasi ruangan, ☑ keamanan ruangan, ☑ tata tertib ruangan, ☑ waktu dokter visite, ☑ jam berkunjung, ☑ administrasi awal, ☑ tempat ibadah, ☑ fasilitas ruangan¸ ☑ pelayanan gizi, ☑ kebersihan kamar, ☑ rencana perawat | | | | | | | | |
| **RENCANA KEPULANGAN PASIEN** | | | | | | | | |
| Estimasi tanggal pemulangan :…/…/… pasien pulang ke : ……….  Edukasi pasien pulang : 1)……………. 2)………….. 3)……….. 4)…………… | | | | | | | | |
| **MASALAH KEPERAWATAN** (diurutkan berdasarkan prioritas masalah) | | | | | | | | |
| 1. **Risiko perfusi serebral tidak efektif** | | | | | | | | |
| **VERIFIKASI PASIEN** | | | | | | | | |
| Dengan ini saya/keluarga menyatakan akan mengikuti aturan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang berlaku  Tanda tangan pasien/keluarga tanda tangan perawat  (……………………….) (…………………….) | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo | Ilmu Penyakit Saraf | Nama : Tn. W  Tgl lahir : 31-12-1959 √L / P  No. RM : 004274 |
| Ruangan : Jambu | | Tgl :17-4-2019 jam : 09/00 wita |
| Rujukan : □ ya dari □ RS ……………… □ puskemas : …………………..  □ Dr………………... □ lainnya : …………………..  □ Dx rujukan : ………………….  ☑ tidak □ datang sendiri ☑ diantar keluarga  Nama keluarga yang bisa dihubungi : Ny. S No HP/telp : 081338267083  Alamat : Jl. Jempiring - KLK  Transportasi waktu datang : □ambulan RSUD klungkung □ambulan lain ☑kendaraan lain :pribadi | | |
| **RIWAYAT ALERGI** ☑ tidak □ ya Obat ………… ...gejala/reaksi alergi  Makanan ………gejala/reaksi alergi  Lainnya /……….gejala/reaksi alergi | | |
| **NYERI/KENYAMANAN** | | |
| Nyeri : ☑ tidak □ ya : lokasi ……….. Intensitas (0-10) :….....  Jenis : □ akut □ kronis | | |
| **ANAMNESA**   1. Keluhan utama saat ini : 2. Riwayat penyakit sekarang : 3. Riwayat penyakit dahulu :   □ hipertensi □ kencing manis □ jantung □ asthma □ stroke □ liver □ ginjal  □ TBC paru □ lain-lainnya :…………   1. Riwayat pengobatan :   Nama obat dosis lainnya   1. 1. 1. 2. 2. 2. 3. 3. 3.   5. Riwayat penyakit keluarga :  □ hipertensi □ kencing manis □ jantung □ asthma □ lain-lain :……………….  6. Riwayat social :  □ merokok □ minum alcohol □ lain-lainnya : ……………. | | |
| **PEMERIKSAAN FISIK**   1. **Keadaan umum : ……………………**  gizi :………….   Kesadaran : ☑ Compos mentis □ Coma □ Apatis □ Samnolen □ Saparocoma □ lainnya  GCS : E4 M5 V6 Tindakan Resusitasi : □ ya □ tidak  Tensi : 170/100 mmHg, Suhu : 37 OC, Berat Badan : …… kg, Tinggi Badan :… cm, Nadi :76 x/mnt  Respirasi : 20 x/mnt type :………………  Saturasi Oksigen :98 % pada □ Suhu ruangan : □ Nasal Canule □ NRB □ lainnya   1. **Pemeriksaan umum :**   Mata : □ Anemis …… □ Icterus….. □ Reflex Pupil :… Ukuran :…..mm □ Isocore/unisocore  □ lain-lainya …….  THT : □ Tonsil…… □ Pharing ……. □ Lidah ……….. □ Bibir …….  Leher : □ JVP…….. □ pembesaran Kelenjar ……..  Thoraks : □ Simetris/Asimetris ……………….   * + - * + Cor : □ S1, S2 ……… regular/ireguler □ Mur-mur………… □ Besar….         + Pulmo □ Suara Nafas ……….. □ Ronchi …… □ Wheezing …..   Abdomen : □ Hepar ……………. □ Lien …………..  Extremitas : □ Hangat/dingin ………… □ Oedema  3.  **pemeriksaan neurologic**  Kranium ( Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Transibuminasi, dll)  Korpus Vertebra ( Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Mobilitas, dll)  Tanda-tanda perangsangan selaput otak :  □ Kaku Kuduk …. □ Kernig’s sign …….. □ Brudzinski’s “neck” sign…….  □ Brudzinski’s “leg” sign…….. □ lainnya …..  Saraf Otak ( I-XII) (Kanan-Kiri)  Motorik (Tenaga, Tonus, Koordinasi, Gerakan Involunter, Langkah dan Gaya jalan) (kanan-kiri)  Refleks (Fisiologik, Patologik) (kanan-kiri)  Sensorik (Permukaan, dalam) (kanan-kiri)  Vegetatif  Fungsi Luhur (kesadaran, reaksi emosi, fungsi intelek, proses berpikir, fungsi psikomotorik,  Fungsi psikosensorik, fungsi bicara dan Bahasa)  Tanda-tanda kemunduran mental ( Refleks memegang, Refleks menetek, Snout refleks,  Reflek glabola, Refleks palmomental, Fefirks korneomandibular, Refleks kaki tonik, dll)  Nyeri tekan saraf :  Tanda Laseque :  Lain-lain : | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo | Nama : Tn. W  Tgl lahir : 1-7-1946 ( L) / P  No. RM : 246475 | | |
| Nomor dokumen  033/01.1/RI.II/2017 | Nomor revisi  00 | |
| Ruangan: Jambu | | jam: 09.30 |
| **Kriteria evaluasi/*nursing outcame*** | * 1. Status pernafasan  1. tanda-tanda vital dalam batas normal 2. suara nafas tambahan berkurang 3. batuk berkurang 4. akumulasi sputum berkurang    1. Perfusi jaringan serebral 5. kesadaran meningkat 6. sakit kepala berkurang 7. muntah berkurang 8. gangguan kognisi berkurang 9. reflek saraf membaik 10. kegelisahan berkurang 11. agitasi berkurang 12. demam tidak ada     1. Tingkat nyeri 13. tanda-tanda vital dalam batas normal 14. nyeri yang dilaporkan ringan 15. ekspresi nyeri wajah berkurang 16. mengerang dan menangis berkurang     1. Eleminasi urin 17. Inkontinensia urin tertangani     1. Eliminasi usus 18. Konstipasi berkurang 19. Pengeluaran feses tanpa bantuan     1. Resiko infeksi 20. tanda-tanda infeksi tidak ada (kalor, rubor, tumor, dolor,fungiolesa)     1. Tingkat kecemasan 21. Rasa cemas yang disampaikan secara lisan berkurang 22. Tanda-tanda vital dalam batas normal 23. Gangguan tidur ringan 24. Wajah tegang berkurang     1. Pergerakan, ambulasi 25. Gerakan otot sedikit terganggu 26. Gerakan sendi sedikit terganggu 27. Menopang berat badan sedikit terganggu 28. Mampu berjalan efektif secara bertahap     1. Status nutrisi: asupan makanan dan cairan 29. Asupan makanan secara oral lebih adekuat 30. Asupan cairan secara oral lebih adekuat 31. Asupan nutrisi parental adekuat     1. Komunikasi 32. Kemampuan Bahasa lisan sedikit terganggu 33. Kemampuan Bahasa non verbal sedikit terganggu 34. Kemampuan dalam Bahasa isyarat sedikit terganggu     1. Perawatan diri : aktivitas sehari-hari 35. Makan dibantu sebagian 36. Memakai baju diabntu sebagian 37. Ketoilet dibantu sebagian 38. Mandi dibantu sebagian 39. Berpindah dibantu orang lain/dengan alat     1. integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa 40. Integritas kulit tidak terganggu 41. Lesi pada kulit tidak ada | | |
| **Intervensi keperawatan** | * 1. Status pernafasan  1. Auskultasi suara nafas, catat area ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan mengurangi sesak nafas 3. Monitor status pernafasan dan oksigenasi 4. Ajarkan pasien bernafas pelan, dalam dan batuk efektif bila kondisi memungkinkan 5. Kolaborasi pengeluaran secret dengan suction    1. Peningkatan perfusi serebral 6. Monitor tanda-tanda perdarahan 7. Monitor status neurologi 8. Monitor TIK pasien 9. Monitor TTV 10. Hindari fleksi leher 11. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi     1. Manajemen nyeri 12. Lakukan pengkajian nyeri 13. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri 14. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri 15. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat 16. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri 17. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan penanganannya 18. Kolaborasi dalam pemberian obat anti nyeri     1. Bantuan berkemih 19. Observasi kemampuan pasien mengenai keinginan berkemih/bledder training 20. Kolaborasi dalam pemasangan kateter urin     1. Kontrol infeksi 21. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan oleh pasien 22. Isolasi pasien yang terkena penyakit menular 23. Batasi jumlah pengunjung 24. Ajarkan cara cuci tangan bagi tenaga kesehatan 25. Anjurkan pasien mencuci tangan dengan tepat 26. Gunakan sabun antimikroba yang telah ditentukan 27. Lakukan tindakan yang menunjukkan pencegahan bersifat universal 28. Pakai sarung tangan steril dengan tepat 29. Ajarkan pasien dan keluarga dalam mengenali tanda infeksi dan cara menghindari infeksi pada akses vaskuler     1. Perlindungan infeksi 30. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local 31. Monitor kerentanan terhadap infeksi 32. Monitor hasil lab granulosit, WBC, dan hasil-hasil deferensial 33. Pertahankan tehnik isolasi yang sesuai 34. Ajarkan pasien dan keluarga cara menghindari infeksi 35. Laporkan dugaan infeksi pada PPI     1. Manajemen konstipasi/impaksi 36. Monitor pola eliminasi pasien 37. Monitor tanda dan gejala konstipasi dan bising usus 38. Berikan diet tinggi serat sesuai kondisi pasien 39. Anjurkan mobilisasi aktif/pasif 40. Edukasi pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi pada pasien 41. Jelaskan pada pasien tentang penanganan konstipasi dan komplikasinya 42. Kolaborasi dalam pemberian obat pencahar sesuai indikasi     1. Pengurangan kecemasan 43. Kaji tingkat kecemasan pasien 44. Bantu pasien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan pasien 45. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan untuk meningkatkan kepercayaan 46. Berikan dukungan penggunaan mekanisme koping yang sesuai 47. Anjurkan pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi sesuai kondisi pasien 48. Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien     1. Peningkatan koping 49. Evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan 50. Berikan informasi yang actual mengenai diagnosis, penanganan, dan prognose 51. Berikan pilihan-pilihan yang realistis mengenai aspek perawatan 52. Kaji pengalaman pasien dalam mengatasi masalah sebelumnya     1. Therapy latihan: control otot 53. Kaji kesiapan pasien untuk memulai aktivitas atau latihan fisik 54. Orientasikan ulang pasien terhadap fungsi pergerakan tubuh 55. Latih pasien secara visual untuk melihat bagian tubuh yang sakit ketika melakukan ADL 56. Berikan petunjuk lngkah demi langkah untuk setiap aktivitas motoric selama latihan atau ADL 57. Anjurkan pasien untuk mengulangi pergerakan setiap kali latihan selesai dilakukan 58. Gunakan stimulasi sentuhan untuk mengurangi kram otot 59. Monitor emosi pasien dan respon pasien saat latihan 60. Monitor adanya nyeri sebelum dan sesudah latihan 61. Jelaskan pada keluarga tentang program dan rasionalisasi latihan pada pasien 62. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk mengembangkan dan menerapkan program latihan sesuai kebutuhan     1. Manajemen nutrisi 63. Tentukan status gizi psien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi 64. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 65. Ciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makanan (nyaman,bersih, berventilasi dan bebas dari bau) 66. Pastikan makanan disajikan dalam suhu yang hangat saat dikonsumsi pasien     1. Pemberian makanan 67. Identifikasi diit yang disarankan 68. Identifikasi adanya gangguan menelan 69. Atur posisi kepala lebih tinggi dengan leher sedikit fleksi kedepan saat makan untuk mencegah aspirasi 70. Bila periu bantu suapin pasien atau anjurkan keluarga untuk membantu menyuapi pasien 71. Berikan minum pada saat makan jika diperlukan 72. Tunda memberikan makanan jika pasien kelelahan atau batuk-batuk 73. Cek sisa makanan dalam mulut selesai memberi makanan 74. Catat asupan nutrisi pasien denga tepat 75. Observasi adanya muntah 76. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral/melalui NGT jika pasien mengalami gangguan menelan     1. Peningkatan komunikasi: kurang bicara 77. Kaji kemampuan bicara pasien (artikulasi, volume suara, dan kecepatan bicara) 78. Monitor emosi pasien terkait dengan gangguan kemampuan bicara 79. Kenali emosi dan perilaku fisik pasien sebagai bentuk komunikasi 80. Anjurkan pasien bicara pelan dan menggunakan jawaban sederhana (ya/tidak) 81. Anjurkan pasien menggunakan Bahasa isyarat dengan mengangguk / menggeleng 82. Sediakan metoda alternative menulis atau membaca dengan cara yang tepat 83. Kolaborasi dengan keluarga dan ahli / terapis Bahasa patologis untuk mengembangkan rencana agar agar bisa berkomunikasi secara efektif     1. Peningkatan komunikasi: kurang pendengaran 84. Kaji fungsi pendengaran pasien 85. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tidak berisik saat berkomunikasi 86. Lakukan komunikasi dengan berhadapan langsung untuk memfasilitasi pembicaraan bibir     1. Berpakaian 87. Monitor kemampuan pasien untuk berpakaian sendiri 88. Bantu pasien dalam memakai pakaian 89. Anjurkan pasien memakai pakaian yang tidak ketat, dan mengganti pakaian setiap hari 90. Anjurkan pasien memilih pakaian yang menyerap keringat     1. Bantuan perawatan diri: mandi/kebersihan diri 91. Monitor kemampuan aktivitas pasien 92. Bantu pasien mandi atau ikutsertakan keluarga dalam pemeliharaan kebersihan diri pasien 93. Monitor kebersihan diri pasien secara rutin 94. Jaga privasi pasien saat memandikan 95. Edukasi pada pasien/keluarga tentang pentingnya memelihara kebersihan diri     1. Bantuan perawatan diri: eliminasi 96. Kaji kemampuan aktivitas pasien dalam eliminasi 97. Bantu pasien ketoilet jika kondisi memungkinkan 98. Bantu pasien dalam eliminasi 99. Jaga privasi pasien selama eliminasi 100. Ganti pakaian setelah eliminasi 101. Fasilitasi kebersihan toilet/alat-alat yang digunakan untuk eliminasi pasien 102. Monitor kondisi pasien selama eliminasi      1. Bantuan perawatan diri, transfer 103. Kaji kemampuan pasien saat ini untuk memindahkan diri sendiri (duduk,berdiri,miring kanan dan kiri) 104. Pilih tehnik yang tepat untuk berpindah bagi pasien 105. Identifikasi metode yang tepat sesuai kondisi pasien 106. Demonstrasikan tehnik berpindah yang tepat sesuai kondisi pasien 107. Gunakan alat bantu (kursi roda, tongkat, walker) 108. Berikan dorongan pada pasien untuk kemampuan berpindah sendiri 109. Evaluasi kondisi pasien selama latihan perpindahan 110. Kolaborasi dengan ahli terapis dalam pemilihan alat bantu dan tehnik berpindah yang tepat      1. Manajemen tekanan 111. Berikan pakaian yang tidak ketat pada pasien 112. Letakan matras/Kasur terapeutik dengan cara yang tepat 113. Lakukan massage pada punggung / daerah tubuh yang tertekan 114. Balikan posisi pasien minimal 2jam sekali 115. Monitor area kulit dari adanya kemerahan atau luka lecet 116. Monitor sumber tekanan dan gesekan 117. Kolaborasi dengan keluarga untuk mobilisasi pasien sesuai kebutuhan | | |
| **Evaluasi** | * + - 1. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal       2. Kesadaran pasien meningkat/Composmentis       3. Nyeri berkurang       4. Inkontinensia urin teratasi       5. Konstipasi berkurang       6. Tidak ada tanda-tanda infeksi       7. Kecemasan pasien berkurang       8. Mobilitas fisik meningkat       9. Asupan nutrisi meningkat/adekuat       10. Kemampuan komunikasi meningkat       11. Kebutuhan ADL terpenuhi       12. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo | | | CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI | | Nama : Tn. W  Tgl lahir : 1-7-1946 ( L) / P  No. RM : 246475 | |
| Ruangan : | | | | | Lembar ke : | |
| Tgl | Jam | Profesi | | CATATAN PERKEMBANGAN  S (Subyective) O (Obyective) A (Assesment) P (Planing) | | Nama dan paraf |
| 21-4-2019 | 09.30 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri, defekasi  kurang dari 2 kali seminggu  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen GCS E4 V5 M6, S: 36O C, N: 76  x/mnt, TD: 150/100 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | | Mera |
| 21-4-2019 | 11.20 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 80 x/mnt, TD: 150/100 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 21-4-2019 | 18.00 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6, S:  36O C, N: 82 x/mnt, TD: 140/80 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 06.40 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+), defekasi  kurang dari 2 kali seminggu  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 80 x/mnt, TD: 150/90 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 09.30 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 80 x/mnt, TD: 150/80 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 10.00 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 80 x/mnt, TD: 150/80 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 17.00 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 82 x/mnt, TD: 140/90 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 06.30 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+), defekasi  kurang dari 2 kali seminggu  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 80 x/mnt, TD: 150/90 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 09.30 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 80 x/mnt, TD: 150/80 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 11.40 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36,5O C, N: 80 x/mnt, TD: 140/90 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 17.00 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+)  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo, GCS E4 V5 M6,  S:36O C, N: 80 x/mnt, TD: 130/80 mmHg,  RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 24-4-2019 | 06.30 | Perawat | | S : Pasien mengeluh lemas sisi kiri (+), defekasi  kurang dari 2 kali seminggu  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen , bicara pelo GCS E4 V5 M6,  S:36,5O C, N: 84 x/mnt, TD: 120/90 mmHg,  RR: 20 x/mnt, ADL dibantu (+)  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |

**FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA**

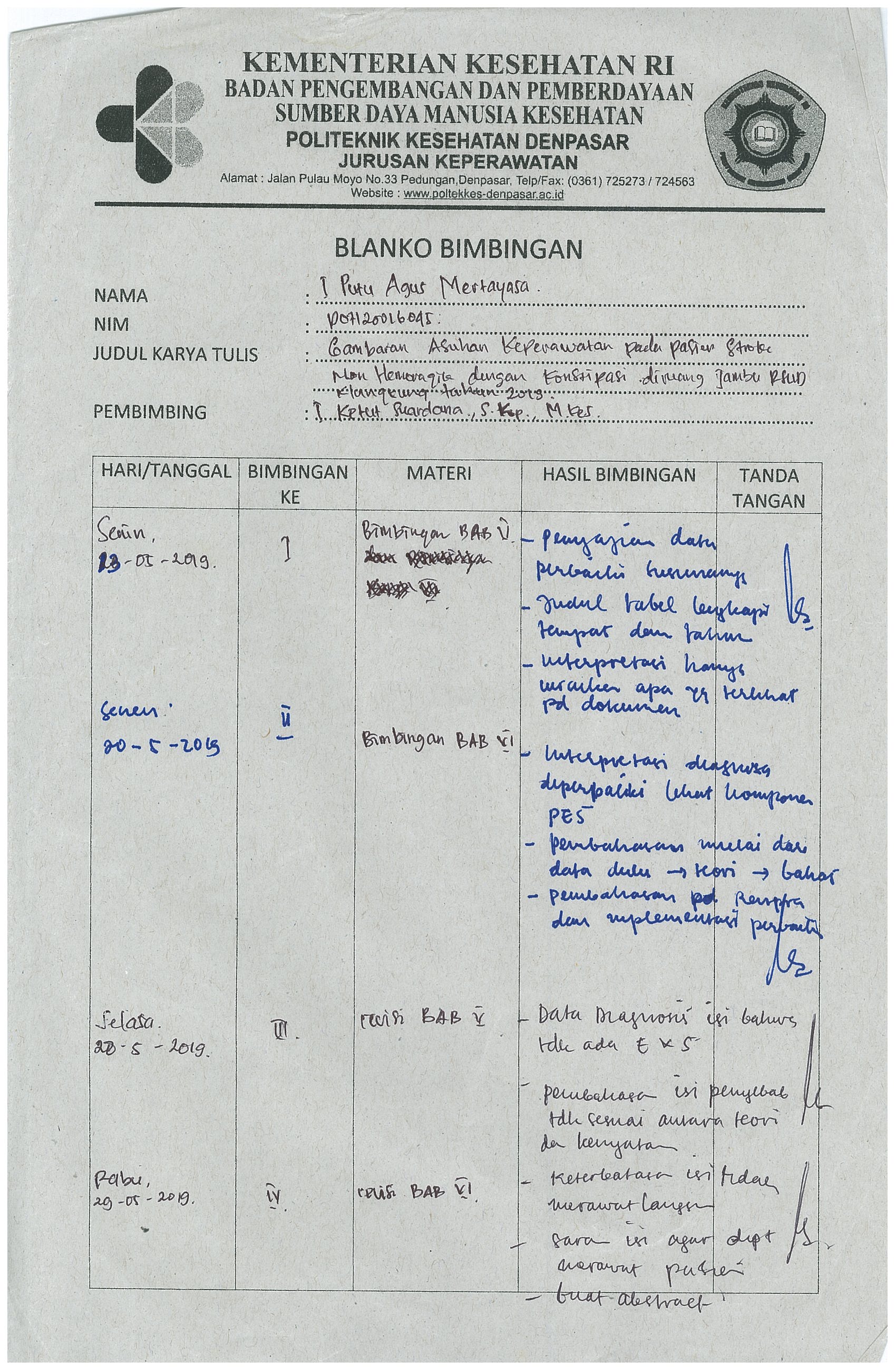
**DOKUMEN SUBYEK KEDUA**

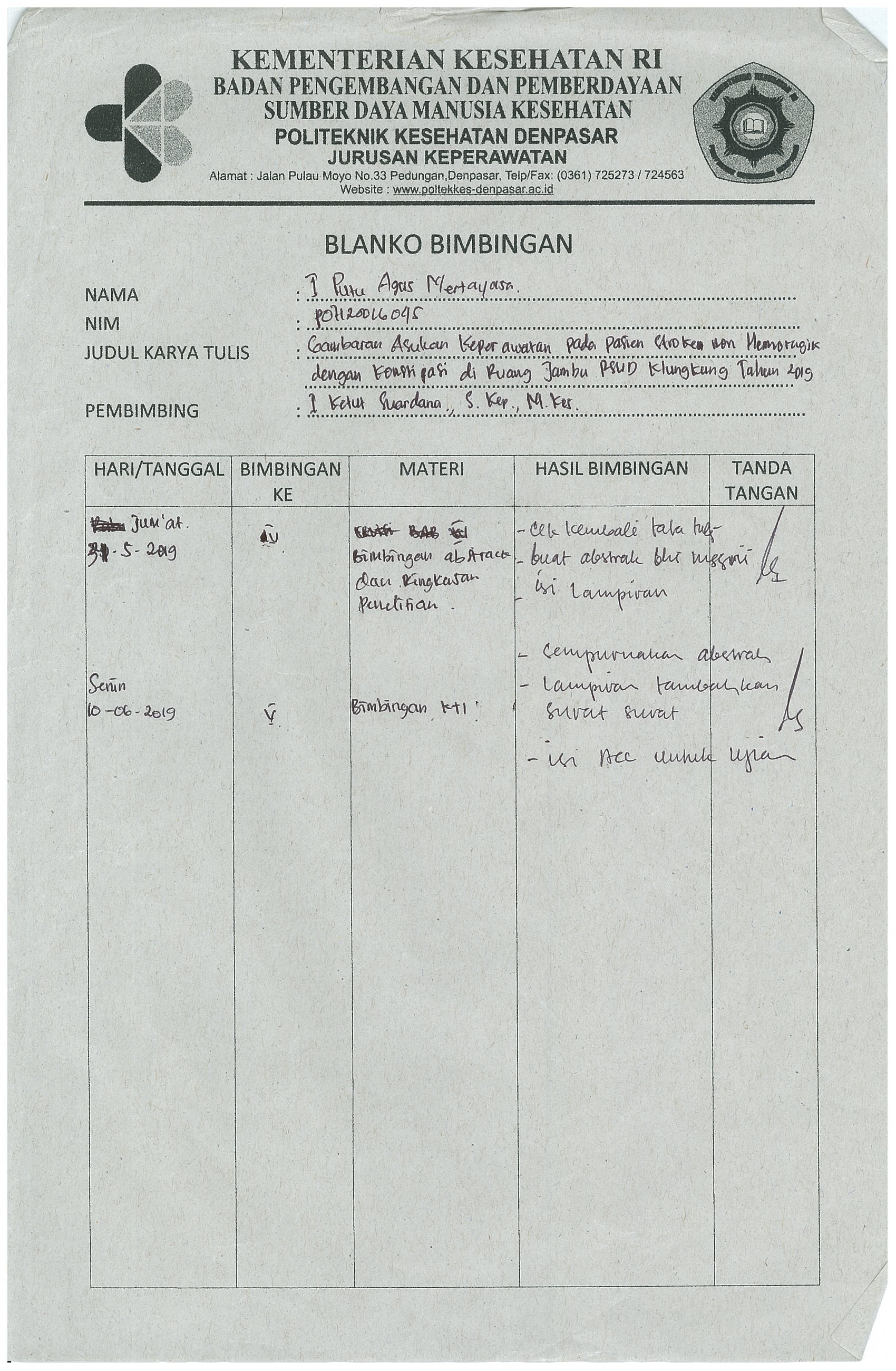
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo | | | Pengkajian keperawatan | | | | | | Nama : Tn. D  Tgl lahir : 1-7-1946  No. RM : 246475 | | |
| Tanggal : 19/4/19 sumber data : □ pasien ☑ keluarga □ lainnya | | | | | | | | | Ruangan : Jambu | | |
| **IDENTITAS PASIEN** | | | | | | | **KEADAAN UMUM** | | | | |
| Agama : ☑ Hindu □ Islam □ Katolik  □ Budha □ Konghucu □ lainnya | | | | | | | Kesadaran : □ Compos mentis □ Coma □ Apatis □ Samnolen □ Saparocoma | | | | |
| Pendidikan : □ Tidak ada □ SD ☑ SMP  □ SMA □ PT | | | | | | | GCS : | | | | |
| Pekerjaan : □ Tidak bekerja □ PNS  □ TNI/Polri ☑ Swasta □ lainnya | | | | | | | SpO2: 90%, Pernafasan: 28x/mnt, Nadi: 90x/mnt, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Suhu: 36 o C | | | | |
| Kewarganegaraan : ☑ WNI □ WNA | | | | | | | Catatan : | | | | |
| Alamat saat ini : NUSA PENIDA | | | | | | |
| **RIWAYAT KEPERAWATAN** | | | | | | | | | | | |
| Keluhan utama saat ini : Tidak sadar | | | | | | | | | | | |
| Diagnosis medis saat ini : SNH dd SH | | | | | | | | | | | |
| Riwayat keluhan/penyakit saat ini : | | | | | | | | | | | |
| Riwayat penyakit terdahulu :   1. Riwayat MRS sebelumnya? ☑ Tidak □ Ya, Lamanya ….hr, alasan: 2. Riwayat dioperasi : ☑ Tidak □ Ya, jenisnya : …… 3. Riwayat penyakit : □ Jantung □ Hipertensi □ DM tipe I/II □ Kelainan jiwa □ Epilepsi □ Stroke □ Lainnya 4. Riwayat alergi : ☑ Tidak □ Ya : jenis alergi : □ Obat □ Makanan □ lainnya, sebutkan ……… Tipe reaksi : …… | | | | | | | | | | | |
| **PSIKOSOSIAL** | | | | | | | | | | | |
| Status : Pernikahan : □ Single ☑ Menikah □ Cerai,  Tanggal bersama keluarga : □ Ya □ Tidak, jelaskan……  Riwayat kebiasaan : □ Merokok □ Alkohol □ lain-lain…. Jenis dan jumlah perhari  Resiko mencederai diri sendiri : ☑ Tidak □ Ya | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVASI** (*yang relevan telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan kondisi pasien saat ini*) | | | | | | | | | | | |
| ☑ Vital sign □ Neurological □ Neurovaskuler □ Gula darah □ Berat badan □ Tinggi badan □ Urinalysis □ DL □ lainnya : | | | | | | | | | | | |
| **PROSEDUR INVASIF** (*yang terpasang saat ini*) | | | | | | | | | | | |
| □ infus Intravena, dipasang di UGD tanggal 19/4/2019  □ central line (CVP), dipasang di………. tanggal…/…/…  □ Dower Chateter, dipasang di…………. tanggal…/…/…  □ Selang NGT, dipasang di …………….. tanggal…/…/…  □ Cytostomy Chat, dipasang di ………….tanggal…/…/…  □ Tracheostomy, dipasang di …………... tanggal…/…/…  □ lain-lain…………………. dipasang di ………………… tanggal…/…/… | | | | | | | | | | | |
| **KONTROL RISIKO INFEKSI** | | | | | | | | | | | |
| Status : □ tidak diketahui □ Suspect □ diketahui : □ MRSA, □ TB, □ VRE, □ Infeksi Opportunistik/tropic, □ lainnya…….  Additional precaution yang harus dilakukan : □ Droplet, □ Airborn, □ Contact, □ Skin □ Contact Multi-Resistent Organisme | | | | | | | | | | | |
| **PENILAIAN RESIKO JATUH** | | | | | | | | | | | |
| Item penilaian | | Jml skor | | Item penilaian | | Jml skor | | Item penilaian | | | Jml skor |
| USIA   1. Kurang dari 60 tahun 2. Lebih dari 60 tahun 3. Lebih dari 80 tahun | 0  1  2 | 1 | | RIWAYAT JATUH   1. Tidak pernah 2. Jatuh < 1 tahun 3. Jatuh < 1 bulan 4. Jatuh pada saat dirawat sekarang | 0  1  2  3 | 0 | | MOBILITAS   1. Mandiri 2. Menggunakan alat bantu berpindah 3. Koordinasi/keseimbangan buruk 4. Dibantu sebagian 5. Dibantu penuh | | 0  1  2  3  4 | 4 |
| DEFISIT SENSORIS   1. Kacamata bukan bifokal 2. Kacamata bifocal 3. Gangguan pendengaran 4. Katarak/glukoma 5. Hamper tidak melihat/buta | 0  1  2  2  3 | 0 | | KOGNISI   1. Orientasi baik 2. Kesulitan mengerti perintah 3. Gangguan memori 4. Kebingungan 5. Disoreintasi | 0  2  2  3  3 | 3 | | POLA BAB/BAK   1. Teratur 2. Inkontinensia urine/feses 3. Nocturia 4. Urgensi/frekuensi | | 0  1  2  3 | 0 |
| AKTIVITAS   1. Mandiri 2. ADL dibantu sebagian 3. ADL dibantu penuh | 0  2  3 | 3 | | PENGOBATAN   1. > 4 jenis 2. Antihipertensi/hipoglikemik/antidepresan 3. Sedatif/psikotropika/narkotika 4. Infus epidural/spinal | 1  2  2  2 | 0 | | KOMORDIBITAS   1. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK 2. Gangguan saraf pusat/perkinson 3. Pasca bedah 0-24 jam | | 2  2  3 | 2 |
| TOTAL KESELURUHAN SKOR | | | | | | KRITERIA RESIKO CEDERA/JATUH  13  ( ) rendah 0-7 (√ ) sedang 8-13 ( ) tinggi > 14 | | | | | |
| **KEBUTUHAN KOMUNIKASI/PENDIDIKAN DAN PENGAJARAN**  Bicara : □ normal ☑ Serangan awal gangguan bicara, kapan……..  Bahasa sehari-hari : ☑ Indonesia, aktif/pasif □ Daerah, jelaskan…..  □ Inggris, aktif/pasif □ lain-lain, jelaskan…….  Perlu penterjemah : □ tidak □ ya, Bahasa……. Bahasa isyarat : □ tidak □ ya  Hambatan belajar cara belajar yang disukai  □ bahasa □ cemas □ Menulis  □ pendengaran □ emosi □ kognitif □ Audio-Visual/gambar  □ hilang memori □ kesulitan bicara □ Diskusi  □ motivasi buruk □ tidak ada partisipasi dari caregiver □ Membaca  □ masalah penglihatan □ secara fisiologi tidak mampu belajar ☑ Mendengar  ☑ tidak ditemukan hambatan belajar □ kognitif □ demostrasi  Potensi kebutuhan pembelajaran : ☑ proses penyakit ☑ pengobatan/tindakan ☑ terapi/obat ☑ nutrisi □ lain-lain, jelaskan…………. | | | | | | | | | | | |
| **KETERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAKAN ADL** ( *Activity Daily Life* ) | | | | | | | | | | | |
| Personal Hygiene : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Toileting : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Berpakaian : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Makan/Minum : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Mobilisasi : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh  Alat bantu : □ tongkat □ walker □ kursi roda □ penompang/brace □ protesis  Alasan : …………………. | | | | | | | | | | | |
| **NYERI/KENYAMANAN** | | | | | | | | | | | |
| Nyeri : ☑ tidak □ ya : lokasi ……….. Intensitas (0-10) :….....  Jenis : □ akut □ kronis | | | | | | | | | | | |
| **PERNAFASAN** | | | | | | | | | | | |
| Kesulitan bernafas : □ tidak ☑ ya, memakai O2 3 lt/mnt dengan : ☑ Nasal canule, □ Sungkup, □ Re-Breathing Mask | | | | | | | | | | | |
| **INTEGRITY LUKA** | | | | | | | | | | | |
| ☑ tidak ada masalah □ rash □ lesi □ parut □ memar □ pucat □ kuning □ sianotik □ berkeringat banyak  Resiko decubitus : ☑ tidak □ ya (pengisian form resiko decubitus) braden skor :……  Luka : □ tidak ada □ ya ada lokasi :………….. pengisian perawatan luka □ perlu □ tidak | | | | | | | | | | | |
| **STATUS NUTRISI** | | | | | | | | | | | |
| Berat badan :…… kg Tinggi badan :…….. cm, score MST : ………  □ muntah, □ sulit menelan, □ sulit mengunyah, □ NGT/TPN/PEG, □ kehilangan nafsu makan, □ kaheksia, □ turun BB> kg dlm 6 bln, □ malnutrisi/malabsrobsi □ hamil/menyusui ket :………….. | | | | | | | | | | | |
| **ELIMINASI** | | | | | | | | | | | |
| Masalah perkemihan : ☑ tidak ada, □ ada : □ stoma, □ stricture uretra, □ retensi urine, □ inkontinesia urine, □ dialysis,  Masalah defekasi : ☑ tidak ada, □ ada □ stoma, □ athresia ani, □ konstipasi, □ diare, □ inkontinesia alvi | | | | | | | | | | | |
| **ORIENTASI PASIEN BARU** (diberikan penjelasan mengenai) | | | | | | | | | | | |
| ☑ lokasi ruangan, ☑ keamanan ruangan, ☑ tata tertib ruangan, ☑ waktu dokter visite, ☑ jam berkunjung, ☑ administrasi awal, ☑ tempat ibadah, ☑ fasilitas ruangan¸ ☑ pelayanan gizi, ☑ kebersihan kamar, ☑ rencana perawat | | | | | | | | | | | |
| **RENCANA KEPULANGAN PASIEN** | | | | | | | | | | | |
| Estimasi tanggal pemulangan :…/…/… pasien pulang ke : ……….  Edukasi pasien pulang : 1)……………. 2)………….. 3)……….. 4)…………… | | | | | | | | | | | |
| **MASALAH KEPERAWATAN** (diurutkan berdasarkan prioritas masalah) | | | | | | | | | | | |
| 1. **Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **VERIFIKASI PASIEN** | | | | | | | | | | | |
| Dengan ini saya/keluarga menyatakan akan mengikuti aturan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang berlaku  Tanda tangan pasien/keluarga tanda tangan perawat  (……………………….) (…………………….) | | | | | | | | | | | |

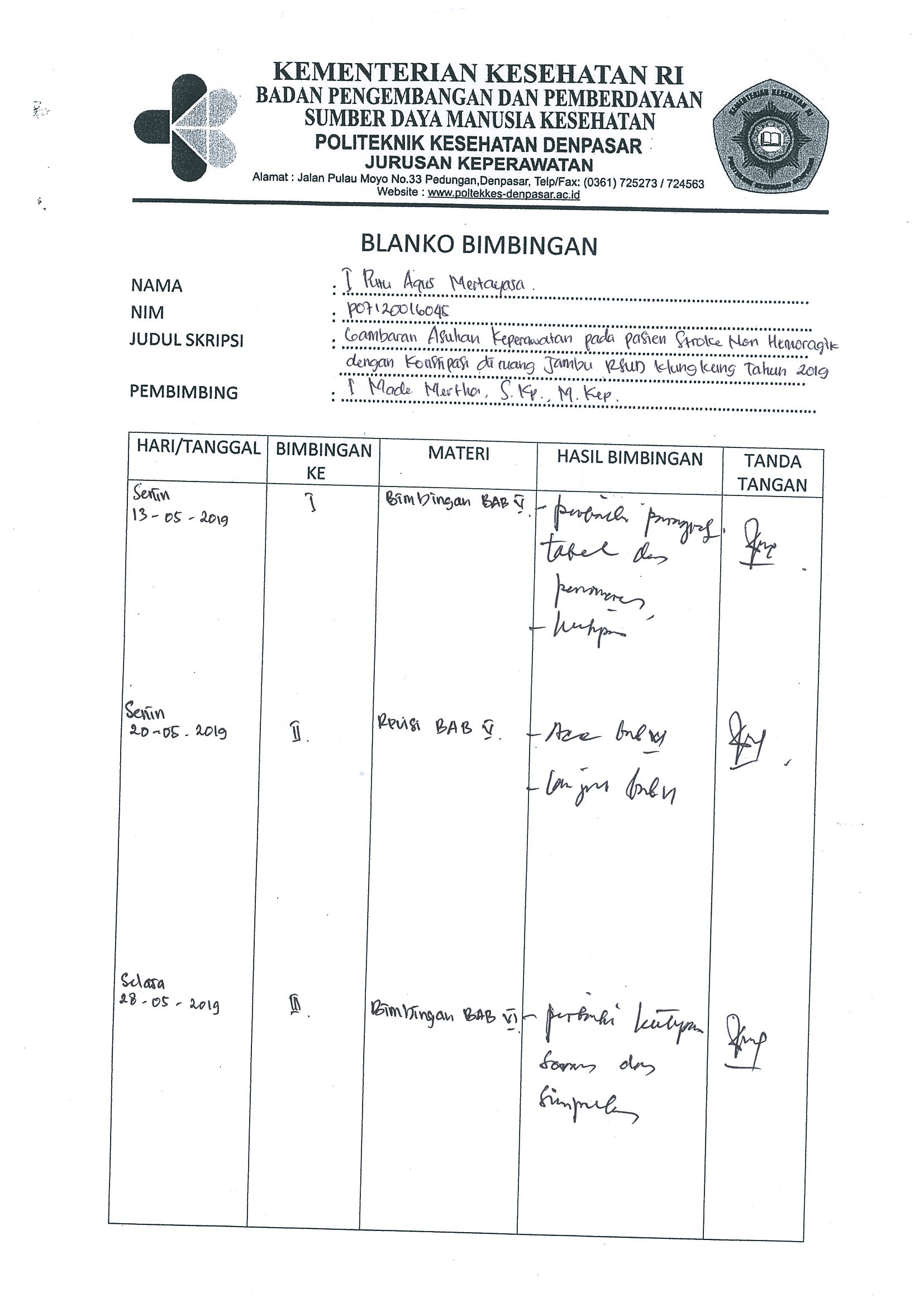
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo | Ilmu Penyakit Saraf | Nama : Tn. D  Tgl lahir : 1-7-1946  No. RM : 246475 |
| Ruangan : Jambu | | Tgl : 19-4-2019 jam : |
| Rujukan : ☑ ya dari □ RS Pratama Nusa Penida □ puskemas : …………………..  □ Dr………………... □ lainnya : …………………..  □ Dx rujukan : ………………….  □ tidak □ datang sendiri □ diantar………………  Nama keluarga yang bisa dihubungi : Tn. S No HP/telp : 082341148879  Alamat : Nusa Penida  Transportasi waktu datang : ☑ ambulan RSUD klungkung □ ambulan lain □ kendaraan lain : | | |
| **RIWAYAT ALERGI** ☑ tidak □ ya obat ………… ...gejala/reaksi alergi  Makanan ………gejala/reaksi alergi  Lainnya /……….gejala/reaksi alergi | | |
| **NYERI/KENYAMANAN** | | |
| Nyeri : ☑ tidak □ ya : lokasi ……….. Intensitas (0-10) :….....  Jenis : □ akut □ kronis | | |
| **ANAMNESA**   1. Keluhan utama saat ini : Tubuh sebelah kanan lemas sejak kemarin, nyeri kepala (-) bicara pelo (-) 2. Riwayat penyakit sekarang : 3. Riwayat penyakit dahulu :   □ hipertensi □ kencing manis □ jantung □ asthma □ stroke □ liver □ ginjal  □ TBC paru □ lain-lainnya :…………   1. Riwayat pengobatan :   Nama obat dosis lainnya   1. 1. 1. 2. 2. 2. 3. 3. 3.   5. Riwayat penyakit keluarga :  □ hipertensi □ kencing manis □ jantung □ asthma □ lain-lain :……………….  6. Riwayat social :  □ merokok □ minum alcohol □ lain-lainnya : ……………. | | |
| **PEMERIKSAAN FISIK**   1. **Keadaan umum : ……………………**  gizi :………….   Kesadaran : □ Compos mentis □ Coma □ Apatis □ Samnolen □ Saparocoma □ lainnya  GCS : E4 M5 V….. Tindakan Resusitasi : □ ya □ tidak  Tensi : 140/90 mmHg, Suhu :36 oC , Berat Badan : …… kg, Tinggi Badan :… cm, Nadi : 80 x/mnt  Respirasi : …… x/mnt type :………………  Saturasi Oksigen :…. % pada □ Suhu ruangan : □ Nasal Canule □ NRB □ lainnya   1. **Pemeriksaan umum :**   Mata : □ Anemis -/- □ Icterus-/- □ Reflex Pupil :… Ukuran :…..mm □ Isocore/unisocore  □ lain-lainya …….  THT : □ Tonsil…… □ Pharing ……. □ Lidah ……….. □ Bibir …….  Leher : □ JVP…….. □ pembesaran Kelenjar ……..  Thoraks : □ (Simetris)/Asimetris ……………….   * + - * + Cor : □ S1, S2 ……… regular/ireguler □ Mur-mur………… □ Besar….         + Pulmo □ Suara Nafas ……….. □ Ronchi …… □ Wheezing …..   Abdomen : □ Hepar ……………. □ Lien …………..  Extremitas : □ Hangat/dingin ………… □ Oedema  3.  **pemeriksaan neurologic**  Kranium ( Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Transibuminasi, dll)  Korpus Vertebra ( Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Mobilitas, dll)  Tanda-tanda perangsangan selaput otak :  □ Kaku Kuduk (-) □ Kernig’s sign (-) □ Brudzinski’s “neck” sign (-)  □ Brudzinski’s “leg” sign (-) □ lainnya …..  Saraf Otak ( I-XII) (Kanan-Kiri)  Motorik (Tenaga, Tonus, Koordinasi, Gerakan Involunter, Langkah dan Gaya jalan) (kanan-kiri)  Refleks (Fisiologik, Patologik) (kanan-kiri)  Sensorik (Permukaan, dalam) (kanan-kiri)  Vegetatif  Fungsi Luhur (kesadaran, reaksi emosi, fungsi intelek, proses berpikir, fungsi psikomotorik,  Fungsi psikosensorik, fungsi bicara dan Bahasa)  Tanda-tanda kemunduran mental ( Refleks memegang, Refleks menetek, Snout refleks,  Reflek glabola, Refleks palmomental, Fefirks korneomandibular, Refleks kaki tonik, dll)  Nyeri tekan saraf :  Tanda Laseque : -/-  Lain-lain : | | |

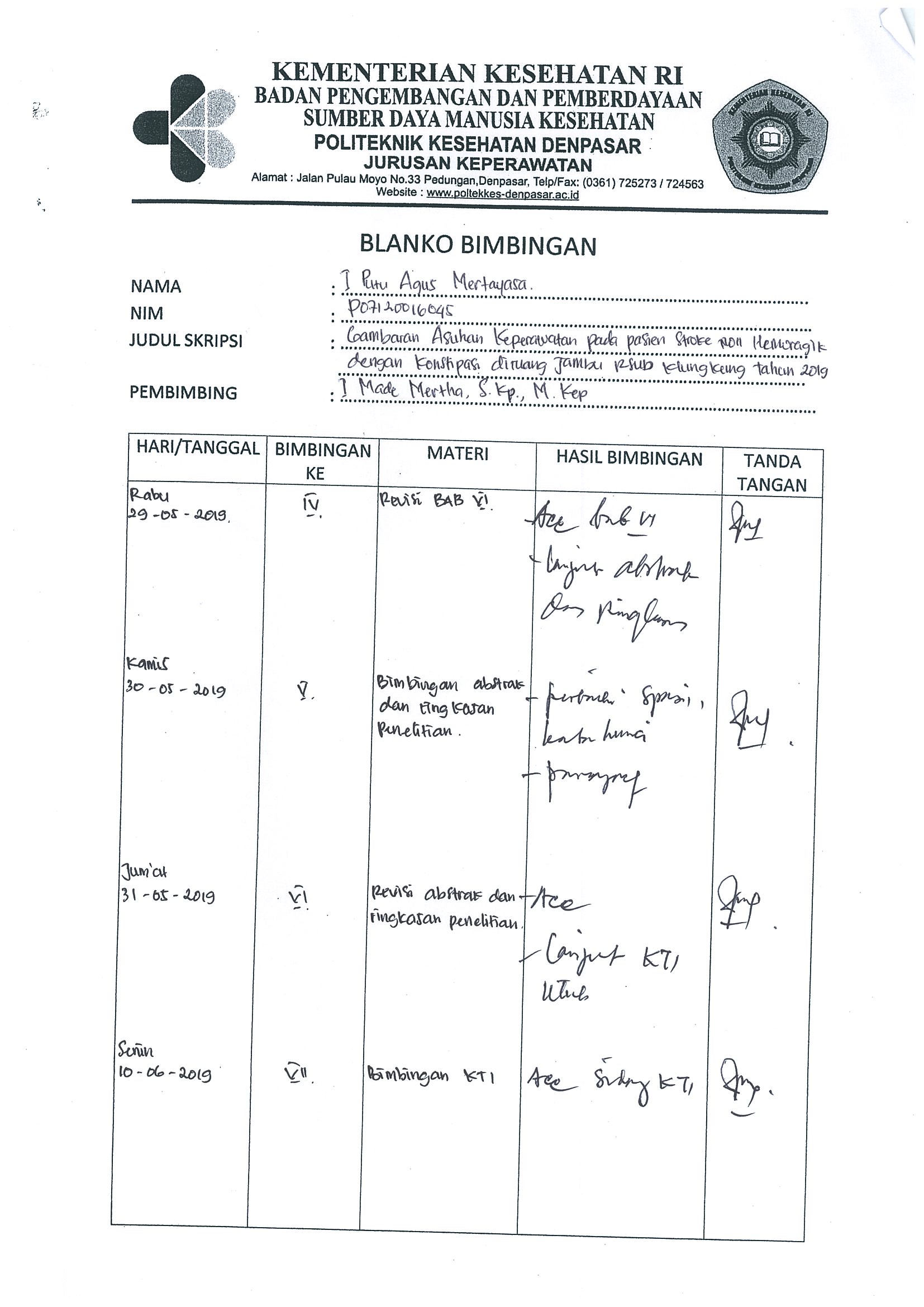
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo | Nama : Tn. D  Tgl lahir : 1-7-1946 (L) / P  No. RM : 246475 | | |
| Nomor dokumen  033/01.1/RI.II/2017 | Nomor revisi  00 | |
| Ruangan: Jambu | | jam: 09.30 |
| **Kriteria evaluasi/*nursing outcame*** | * 1. Status pernafasan  1. tanda-tanda vital dalam batas normal 2. suara nafas tambahan berkurang 3. batuk berkurang 4. akumulasi sputum berkurang    1. Perfusi jaringan serebral 5. kesadaran meningkat 6. sakit kepala berkurang 7. muntah berkurang 8. gangguan kognisi berkurang 9. reflek saraf membaik 10. kegelisahan berkurang 11. agitasi berkurang 12. demam tidak ada     1. Tingkat nyeri 13. tanda-tanda vital dalam batas normal 14. nyeri yang dilaporkan ringan 15. ekspresi nyeri wajah berkurang 16. mengerang dan menangis berkurang     1. Eleminasi urin 17. Inkontinensia urin tertangani     1. Eliminasi usus 18. Konstipasi berkurang 19. Pengeluaran feses tanpa bantuan     1. Resiko infeksi 20. tanda-tanda infeksi tidak ada (kalor, rubor, tumor, dolor,fungiolesa)     1. Tingkat kecemasan 21. Rasa cemas yang disampaikan secara lisan berkurang 22. Tanda-tanda vital dalam batas normal 23. Gangguan tidur ringan 24. Wajah tegang berkurang     1. Pergerakan, ambulasi 25. Gerakan otot sedikit terganggu 26. Gerakan sendi sedikit terganggu 27. Menopang berat badan sedikit terganggu 28. Mampu berjalan efektif secara bertahap     1. Status nutrisi: asupan makanan dan cairan 29. Asupan makanan secara oral lebih adekuat 30. Asupan cairan secara oral lebih adekuat 31. Asupan nutrisi parental adekuat     1. Komunikasi 32. Kemampuan Bahasa lisan sedikit terganggu 33. Kemampuan Bahasa non verbal sedikit terganggu 34. Kemampuan dalam Bahasa isyarat sedikit terganggu     1. Perawatan diri : aktivitas sehari-hari 35. Makan dibantu sebagian 36. Memakai baju diabntu sebagian 37. Ketoilet dibantu sebagian 38. Mandi dibantu sebagian 39. Berpindah dibantu orang lain/dengan alat     1. Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa 40. Integritas kulit tidak terganggu 41. Lesi pada kulit tidak ada | | |
| **Intervensi keperawatan** | * 1. Status pernafasan  1. Auskultasi suara nafas, catat area ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan mengurangi sesak nafas 3. Monitor status pernafasan dan oksigenasi 4. Ajarkan pasien bernafas pelan, dalam dan batuk efektif bila kondisi memungkinkan 5. Kolaborasi pengeluaran secret dengan suction    1. Peningkatan perfusi serebral 6. Monitor tanda-tanda perdarahan 7. Monitor status neurologi 8. Monitor TIK pasien 9. Monitor TTV 10. Hindari fleksi leher 11. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi     1. Manajemen nyeri 12. Lakukan pengkajian nyeri 13. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri 14. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri 15. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat 16. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri 17. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan penanganannya 18. Kolaborasi dalam pemberian obat anti nyeri     1. Bantuan berkemih 19. Observasi kemampuan pasien mengenai keinginan berkemih/bledder training 20. Kolaborasi dalam pemasangan kateter urin     1. Kontrol infeksi 21. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan oleh pasien 22. Isolasi pasien yang terkena penyakit menular 23. Batasi jumlah pengunjung 24. Ajarkan cara cuci tangan bagi tenaga kesehatan 25. Anjurkan pasien mencuci tangan dengan tepat 26. Gunakan sabun antimikroba yang telah ditentukan 27. Lakukan tindakan yang menunjukkan pencegahan bersifat universal 28. Pakai sarung tangan steril dengan tepat 29. Ajarkan pasien dan keluarga dalam mengenali tanda infeksi dan cara menghindari infeksi pada akses vaskuler     1. Perlindungan infeksi 30. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local 31. Monitor kerentanan terhadap infeksi 32. Monitor hasil lab granulosit, WBC, dan hasil-hasil deferensial 33. Pertahankan tehnik isolasi yang sesuai 34. Ajarkan pasien dan keluarga cara menghindari infeksi 35. Laporkan dugaan infeksi pada PPI     1. Manajemen konstipasi/impaksi 36. Monitor pola eliminasi pasien 37. Monitor tanda dan gejala konstipasi dan bising usus 38. Berikan diet tinggi serat sesuai kondisi pasien 39. Anjurkan mobilisasi aktif/pasif 40. Edukasi pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi pada pasien 41. Jelaskan pada pasien tentang penanganan konstipasi dan komplikasinya 42. Kolaborasi dalam pemberian obat pencahar sesuai indikasi     1. Pengurangan kecemasan 43. Kaji tingkat kecemasan pasien 44. Bantu pasien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan pasien 45. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan untuk meningkatkan kepercayaan 46. Berikan dukungan penggunaan mekanisme koping yang sesuai 47. Anjurkan pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi sesuai kondisi pasien 48. Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien     1. Peningkatan koping 49. Evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan 50. Berikan informasi yang actual mengenai diagnosis, penanganan, dan prognose 51. Berikan pilihan-pilihan yang realistis mengenai aspek perawatan 52. Kaji pengalaman pasien dalam mengatasi masalah sebelumnya     1. Therapy latihan: control otot 53. Kaji kesiapan pasien untuk memulai aktivitas atau latihan fisik 54. Orientasikan ulang pasien terhadap fungsi pergerakan tubuh 55. Latih pasien secara visual untuk melihat bagian tubuh yang sakit ketika melakukan ADL 56. Berikan petunjuk lngkah demi langkah untuk setiap aktivitas motoric selama latihan atau ADL 57. Anjurkan pasien untuk mengulangi pergerakan setiap kali latihan selesai dilakukan 58. Gunakan stimulasi sentuhan untuk mengurangi kram otot 59. Monitor emosi pasien dan respon pasien saat latihan 60. Monitor adanya nyeri sebelum dan sesudah latihan 61. Jelaskan pada keluarga tentang program dan rasionalisasi latihan pada pasien 62. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk mengembangkan dan menerapkan program latihan sesuai kebutuhan     1. Manajemen nutrisi 63. Tentukan status gizi psien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi 64. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 65. Ciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makanan (nyaman,bersih, berventilasi dan bebas dari bau) 66. Pastikan makanan disajikan dalam suhu yang hangat saat dikonsumsi pasien     1. Pemberian makanan 67. Identifikasi diit yang disarankan 68. Identifikasi adanya gangguan menelan 69. Atur posisi kepala lebih tinggi dengan leher sedikit fleksi kedepan saat makan untuk mencegah aspirasi 70. Bila periu bantu suapin pasien atau anjurkan keluarga untuk membantu menyuapi pasien 71. Berikan minum pada saat makan jika diperlukan 72. Tunda memberikan makanan jika pasien kelelahan atau batuk-batuk 73. Cek sisa makanan dalam mulut selesai memberi makanan 74. Catat asupan nutrisi pasien denga tepat 75. Observasi adanya muntah 76. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral/melalui NGT jika pasien mengalami gangguan menelan     1. Peningkatan komunikasi: kurang bicara 77. Kaji kemampuan bicara pasien (artikulasi, volume suara, dan kecepatan bicara) 78. Monitor emosi pasien terkait dengan gangguan kemampuan bicara 79. Kenali emosi dan perilaku fisik pasien sebagai bentuk komunikasi 80. Anjurkan pasien bicara pelan dan menggunakan jawaban sederhana (ya/tidak) 81. Anjurkan pasien menggunakan Bahasa isyarat dengan mengangguk / menggeleng 82. Sediakan metoda alternative menulis atau membaca dengan cara yang tepat 83. Kolaborasi dengan keluarga dan ahli / terapis Bahasa patologis untuk mengembangkan rencana agar agar bisa berkomunikasi secara efektif     1. Peningkatan komunikasi: kurang pendengaran 84. Kaji fungsi pendengaran pasien 85. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tidak berisik saat berkomunikasi 86. Lakukan komunikasi dengan berhadapan langsung untuk memfasilitasi pembicaraan bibir     1. Berpakaian 87. Monitor kemampuan pasien untuk berpakaian sendiri 88. Bantu pasien dalam memakai pakaian 89. Anjurkan pasien memakai pakaian yang tidak ketat, dan mengganti pakaian setiap hari 90. Anjurkan pasien memilih pakaian yang menyerap keringat     1. Bantuan perawatan diri: mandi/kebersihan diri 91. Monitor kemampuan aktivitas pasien 92. Bantu pasien mandi atau ikutsertakan keluarga dalam pemeliharaan kebersihan diri pasien 93. Monitor kebersihan diri pasien secara rutin 94. Jaga privasi pasien saat memandikan 95. Edukasi pada pasien/keluarga tentang pentingnya memelihara kebersihan diri     1. Bantuan perawatan diri: eliminasi 96. Kaji kemampuan aktivitas pasien dalam eliminasi 97. Bantu pasien ketoilet jika kondisi memungkinkan 98. Bantu pasien dalam eliminasi 99. Jaga privasi pasien selama eliminasi 100. Ganti pakaian setelah eliminasi 101. Fasilitasi kebersihan toilet/alat-alat yang digunakan untuk eliminasi pasien 102. Monitor kondisi pasien selama eliminasi      1. Bantuan perawatan diri, transfer 103. Kaji kemampuan pasien saat ini untuk memindahkan diri sendiri (duduk,berdiri,miring kanan dan kiri) 104. Pilih tehnik yang tepat untuk berpindah bagi pasien 105. Identifikasi metode yang tepat sesuai kondisi pasien 106. Demonstrasikan tehnik berpindah yang tepat sesuai kondisi pasien 107. Gunakan alat bantu (kursi roda, tongkat, walker) 108. Berikan dorongan pada pasien untuk kemampuan berpindah sendiri 109. Evaluasi kondisi pasien selama latihan perpindahan 110. Kolaborasi dengan ahli terapis dalam pemilihan alat bantu dan tehnik berpindah yang tepat      1. Manajemen tekanan 111. Berikan pakaian yang tidak ketat pada pasien 112. Letakan matras/Kasur terapeutik dengan cara yang tepat 113. Lakukan massage pada punggung / daerah tubuh yang tertekan 114. Balikan posisi pasien minimal 2jam sekali 115. Monitor area kulit dari adanya kemerahan atau luka lecet 116. Monitor sumber tekanan dan gesekan 117. Kolaborasi dengan keluarga untuk mobilisasi pasien sesuai kebutuhan | | |
| **Evaluasi** | 1. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal 2. Kesadaran pasien meningkat/Composmentis 3. Nyeri berkurang 4. Inkontinensia urin teratasi 5. Konstipasi berkurang 6. Tidak ada tanda-tanda infeksi 7. Kecemasan pasien berkurang 8. Mobilitas fisik meningkat 9. Asupan nutrisi meningkat/adekuat 10. Kemampuan komunikasi meningkat 11. Kebutuhan ADL terpenuhi 12. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit | | |

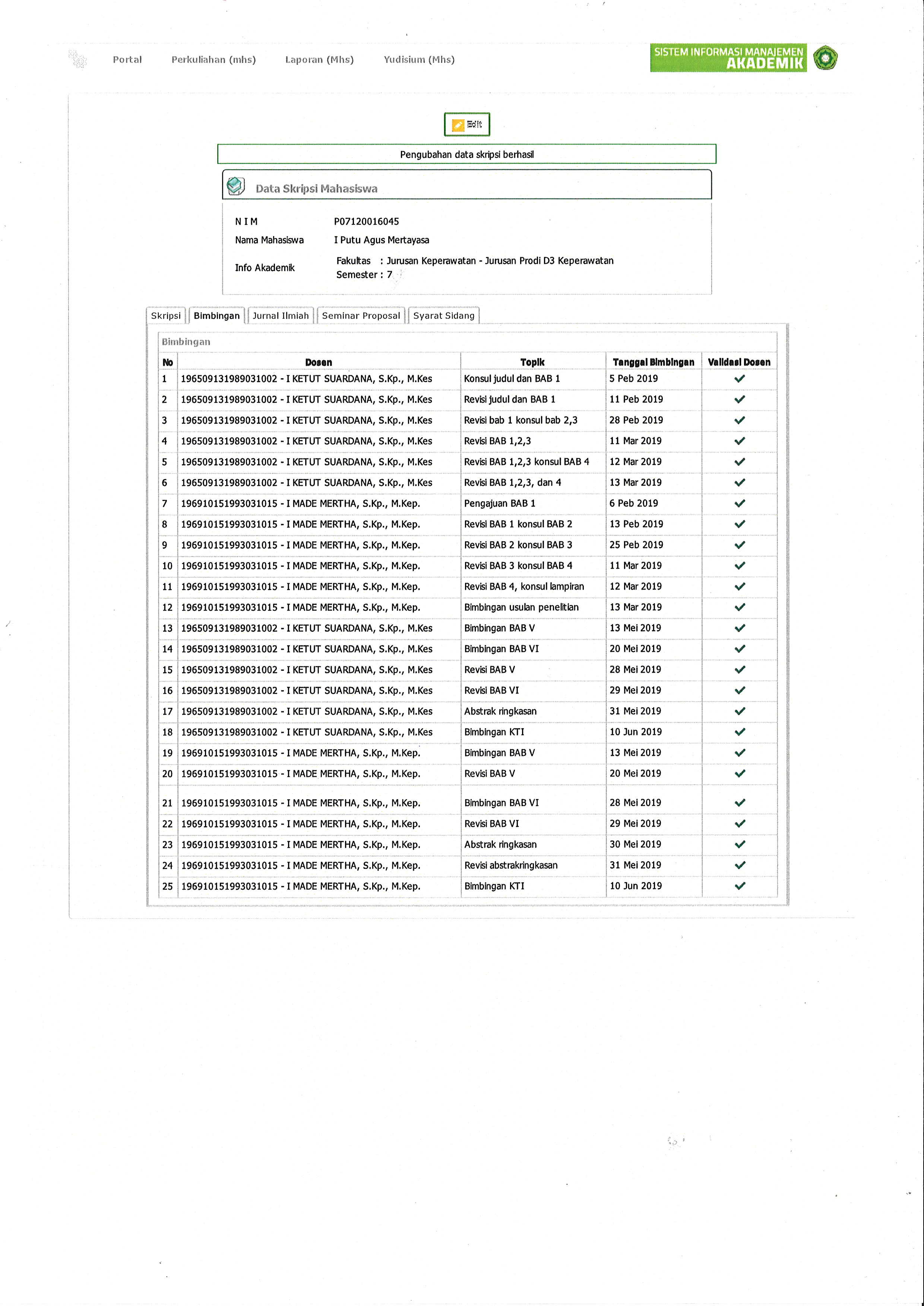
|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo | | | CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI | | Nama : Tn. D  Tgl lahir : 1-7-1946 (L) / P  No. RM : 246475 | |
| Ruangan : | | | | | Lembar ke : | |
| Tgl | Jam | Profesi | | CATATAN PERKEMBANGAN  S (Subyective) O (Obyective) A (Assesment) P (Planing) | | Nama dan paraf |
| 21-4-2019 | 09.30 | Perawat | | S : klg pasien mengatakan pasien mulai sadar,  masih sulit bicara (+), defekasi kurang dari 2  kali seminggu  O : KU lemah, pelo (+) , Distensi  abdomen GCS E4 V5 M6, S: 36,6O C, N: 90  x/mnt, TD: 140/90 mmHg,  RR: 20 x/mnt, lemes  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | | Mera |
| 21-4-2019 | 11.20 | Perawat | | S : kontak (+) minimal, sulit bicara (+),  O : KU lemah, pelo (+) , Distensi  abdomen GCS E4 V M6, S: 36,5O C, N: 92  x/mnt, TD: 140/90 mmHg, RR: 20 x/mnt,  lemes (+)  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 21-4-2019 | 17.00 | Perawat | | S : klg pasien mengatakan pasien mulai sadar,  masih sulit bicara (+),  O : KU lemah, kesadaran CM, Distensi  abdomen GCS E4 V5 M6, S: 38O C, N: 88  x/mnt, TD: 130/90 mmHg, lemes (+)  RR: 20 x/mn, pelo (+)  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 06.40 | Perawat | | S : klg pasien mengatakan pasien mulai sadar,  masih sulit bicara (+), defekasi kurang dari 2  kali seminggu  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen GCS E4 V5 M6, S: 38O C, N: 98  x/mnt, TD: 120/90 mmHg, RR: 22 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 09.50 | Perawat | | S : klg pasien mengatakan pasien mulai sadar,  masih sulit bicara (+),  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen GCS E4 V5 M6, S: 38O C, N: 98  x/mnt, TD: 120/90 mmHg, RR: 22 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 11.50 | Perawat | | S : klg pasien mengatakan pasien mulai sadar,  masih sulit bicara (+),  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen GCS E4 V5 M6, S: 38O C, N: 98  x/mnt, TD: 120/90 mmHg, RR: 22 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 22-4-2019 | 17.00 | Perawat | | S : klg pasien mengatakan pasien mulai sadar,  masih sulit bicara (+),  O : KU lemah, kesadaran CM , Distensi  abdomen GCS E4 V M6, S: 38O C, N: 86  x/mnt, TD: 160/100 mmHg, RR: 22 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 06.30 | Perawat | | S : -  O : KU lemah, kesadaran Somnolen , Distensi  Abdomen, kontak (-) , S: 37O C, N: 82x/mnt,  TD: 120/90 mmHg, RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 10.45 | Perawat | | S : -  O : KU lemah, kesadaran Somnolen , Distensi  Abdomen, kontak (-) , S: 37O C, N: 82x/mnt,  TD: 120/90 mmHg, RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 11.40 | Perawat | | S : -  O : KU lemah, kesadaran Somnolen , Distensi  Abdomen, kontak (+) , S: 37O C, N: 82x/mnt,  TD: 120/90 mmHg, RR: 20 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 23-4-2019 | 19.00 | Perawat | | S : -  O : KU lemah, kesadaran Somnolen , Distensi  Abdomen, GCS: E3 V M5 , S: 38,6O C, N:  92x/mnt, TD: 170/80 mmHg, RR: 22 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |
| 24-4-2019 | 06.00 | Perawat | | S : -  O : KU lemah, kesadaran Somnolen , Distensi  Abdomen, GCS: E4 V5 M6, S: 36,6O C, N:  80x/mnt,TD: 110/60 mmHg, RR: 22 x/mnt  A : Perubahan pola eliminasi bowel (konstipasi)  P : Lanjutkan Intervensi  - Memonitor pola eliminasi pasien  - Menganjurkan mobilisasi aktif/ pasif  - Melakukan kolaborasi dalam pemberian  obat pencahar sesuai indikasi | |  |

****

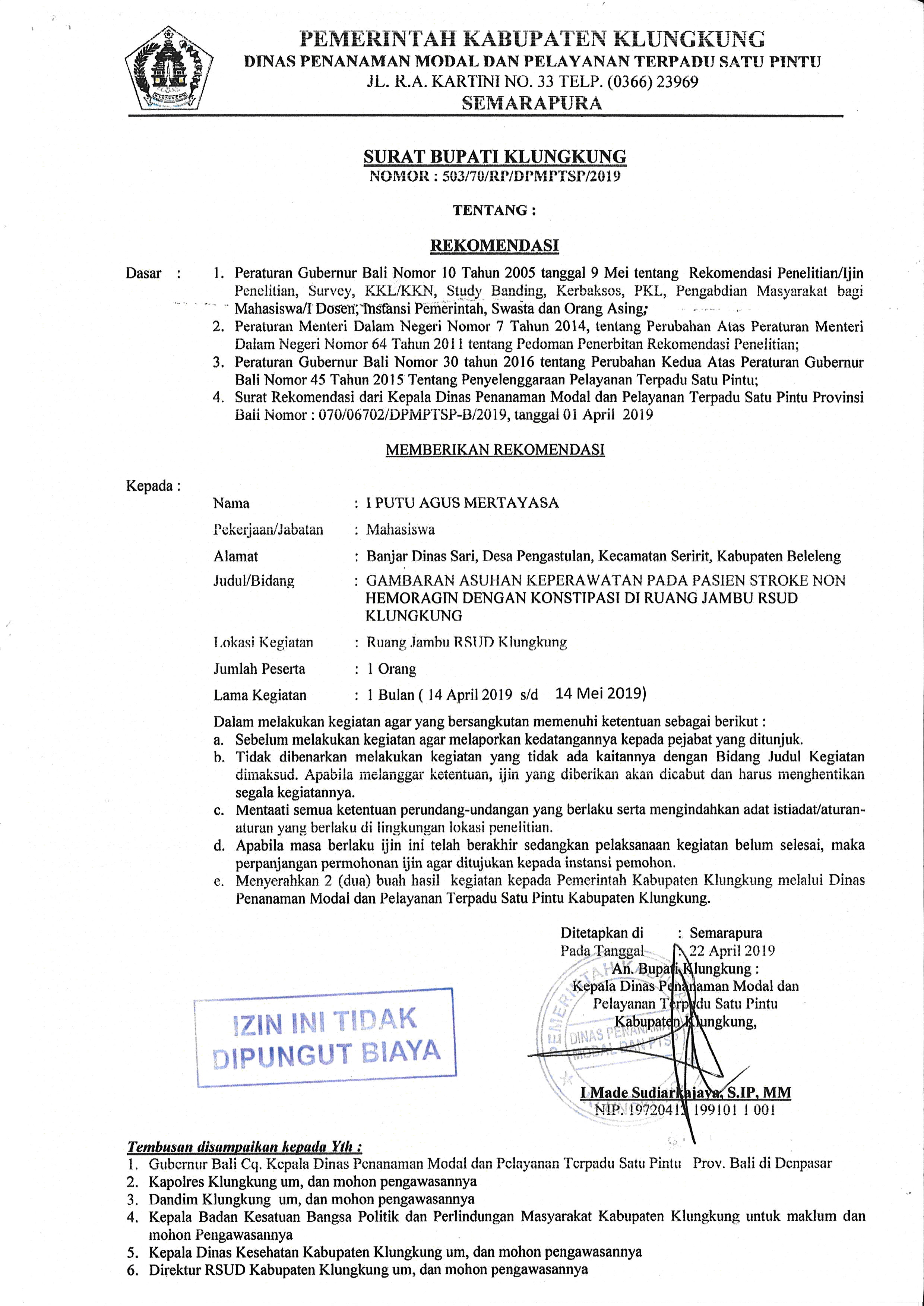
****

****

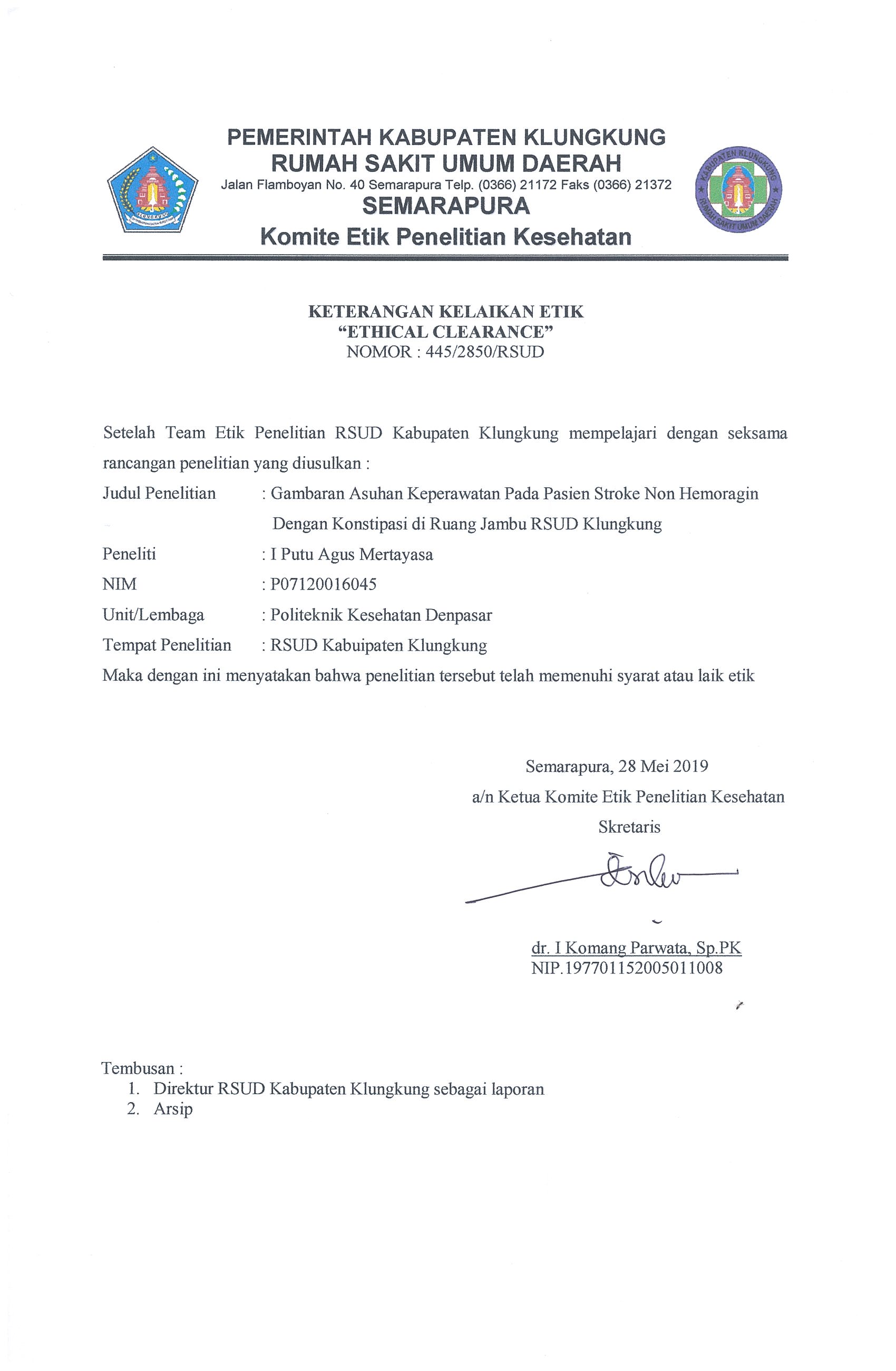
****

****

****

****

****

****

****