CONTOH PERENCANAAN KEPERAWATAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa** | **Tujuan/NOC** | **Rencana Intervensi/NIC** |
| 1 | Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif  | 1. ***Fluid Balance:***

**Tentukan:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Awalan** | **Target** | **Capaian** |
| skala | skala | skala |

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, keseimbangan cairan dari pasien mengalami perubahan dengan criteria hasil:* Peningkatan kelembaban membrane mukosa dari skala 3 ke skala 5
* Kenaikan tekanan darah dari skala 4 ke skala 5
* Penurunan jumlah nadi dari skala 4 ke 5
* Perbaikan hipotensi ortostatik dari skala 4 ke skala 5
* Pusing yang dirasakan pasien berkurang dari skala 4 ke 5
* Rasa haus berkurang dari skala 4 ke 5
1. ***Hydration***

**Tentukan:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Awalan** | **Target** | **Capaian** |
| skala | skala | skala |

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam kondisi klinis pasien mengalami perubahan dengan criteria hasil: * Intake cairan membaik dari skala 4 ke skala 5
* Diare berkurang dari skala 3 ke skala 5
* Penurunan suhu tubuh dari skala 3 ke skala 5

\*\*\*Skala 1: sangat tergangguSkala 2: tergangguSkala 3: cukup terganggu Skala 4: sedikit tergangguSkala 5: tidak terganggu  | ***Hypovolemia management**** Monitor status cairan termasuk input dan output
* Pertahankan akses intravena (IV)
* Monitor kehilangan cairan, yaitu melalui diare dan muntah
* Monitor tanda-tanda vital
* Monitor balance cairan
* Hitung kebutuhan cairan pasien
* Berikan terapi cairan sesuai anjuran dokter yaitu NaCl 0.9% 20 tpm
* Monitor adanya tanda infeksi di area insersi IV line
* Anjurkan pasien untuk menghindari perubahan posisi yang terlalu cepat misalnya dari posisi berbaring ke posisi duduk
* Amati tanda dehidrasi: haus, membrane mukosa kering, hipotensi
* Anjurkan banyak minum dengan pola sedikit tapi sering
 |

Catatan:

1. Gunakan prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable/Acceptable, Realistic/Relevant, Time-bound*) dalam menentukan kriteria hasil
2. Gunakan indikator yang tercantum dalam *Nursing Outcomes Classification* (NOC), sesuaikan dengan diagnosis/kondisi pasien. Pastikan bahwa *outcomes* yang ditentukan akan membantu mengatasi masalah pasien.
3. Pilih indicator dalam NOC yang sesuai dengan kondisi pasien. Tentukan skala sesuai dengan kondisi pasien. Misal: kondisi pasien mengalami kenaikan suhu menjadi 38⁰C, kondisi ini anda tetapkan berada pada skala 4: cukup terganggu. Tetapkan outcomes dengan prinsip SMART, misalnya: dalam waktu 3x24 jam suhu tubuh stabil dengan rentang 36-37⁰C, dimana kondisi ini anda tetapkan berada dalam skala 5: tidak terganggu.
4. Definisi criteria hasil pada tiap jenis *outcomes* bisa jadi berbeda, tidak selalu menggunakan rentang sangat terganggu (*severely compromised*) – tidak terganggu (*not compromised*). Selalu amati criteria hasil yang ditetapkan dalam NOC untuk tiap *outcomes*.
5. Gunakan *Nursing Intervention Classifications untuk* (NIC) memilih rencana intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan tujuan yang ingin dicapai.
6. Gunakan kalimat perintah dalam menyusun rencana intervensi
7. Rencana intervensi disesuaikan dengan kondisi sebenarnya. Jika dalam NIC anda menemukan kalimat: ‘berikan terapi cairan sesuai anjuran dokter’, maka sesuaikan dengan kondisi pasien dengan menambahkan: ‘berikan terapi cairan sesuai anjuran dokter **yaitu NaCl 0.9% 20 tpm’**.