

BAB 2

Penyusunan Intervensi/Perencanaan keperawatan

1. Capaian Pembelajaran:

Setelah mengikuti pembelajaran mahasiswa menguasai konsep metodologi keperawatan sebagai landasan dalam memahami konsep proses keperawatan secara holistik dan komprehensif

2. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan:

Mahasiswa mampu memahami dan menerapkan penyusunan diagnosis keperawatan

3. Pokok Bahasan

2.1 Pengertian Rencana Keperawatan

2.2 Tujuan Rencana Keperawatan

2.3 Kegiatan Dalam Tahap Perencanaan

2.4 Pedoman Pengisian Format Rencana Tindakan Keperawatan

BAB 2

Penyusunan Intervensi/Perencanaan keperawatan

2.1 Pengertian Rencana Keperawatan

Perencanaan merupakan bagian dari fase proses keperawatan yang dapat menjadi panduan bagi perawat dalam melakukan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien.

Perawat menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan rumusan diagnosis keperawatan, yang menjadi petunjuk dalam membuta tujuan dan intervensi keperawatan untuk mencegah, menurunkan dan mengeliminasi masalah kesehatan klien.

Rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya, berdasarkan diagnosis keperawatan.

2.2 Tujuan Rencana Keperawatan

Menurut Carpenito (2005) tujuan rencana keperawatan dapat dibagi 2 yaitu tujuan administrasi dan tujuan klinik.

1. tujuan administrasi adalah:
 - a. untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
 - b. untuk membedakan tanggungjawab perawat dan profesi kesehatan yang lain
 - c. untuk menyediakan suatu kriteria, guna mengevaluasi keberhasilan tindakan
2. tujuan klinik adalah:
 - a. mengkomunikasikan dengan staf perawat, apa yang diajarkan. Apa yang diobservasi dan apa yang dilaksanakan
 - b. Panduan melaksanakan tindakan terhadap klien sesuai diagnosis keperawatan
 - c. Gambaran intervensi yang spesifik

2.3 Prosedur Dan Kegiatan Dalam Tahap Perencanaan

Dalam menyusun sebuah perencanaan keperawatan sesuai diagnosis keperawatan, ada beberapa kegiatan didalamnya yang harus dilakukan adalah sebagai berikut;

1. Menentukan prioritas masalah keperawatan

Penetapan prioritas adalah penetapan urutan diagnosis keperawatan atau masalah klien dengan menggunakan pertimbangan tingkat urgensi atau kepentingan untuk mendapatkan intervensi keperawatan yang dibutuhkan (hendri dan Walker, 2004). Prioritas pertama artinya masalah klien membutuhkan perhatian utama perawat karena dapat mempengaruhi status kesehatan klien, namun hal ini tidak berarti masalah yang lain harus menunggu masalah prioritas pertama selesai. Dalam pelaksanaannya nanti prioritas masalah kedua dan seterusnya dapat diatasi secara bersama-sama dan berkesinambungan.

Ada beberapa teknik dalam membuat skala prioritas antara lain;

a. Standar V Asuhan keperawatan

Berdasarkan standard V asuhan keperawatan, prioritas dititikberatkan pada masalah yang mengancam kehidupan, skala prioritasnya ditentukan dengan konsep sebagai berikut:

- 1) Prioritas pertama, masalah yang mengancam nyawa
- 2) Prioritas kedua, masalah yang mengancam kesehatan
- 3) Prioritas ketiga masalah yang mempengaruhi perilaku manusia

b. Depkes RI, 1992 Pedoman Asuhan Keperawatan

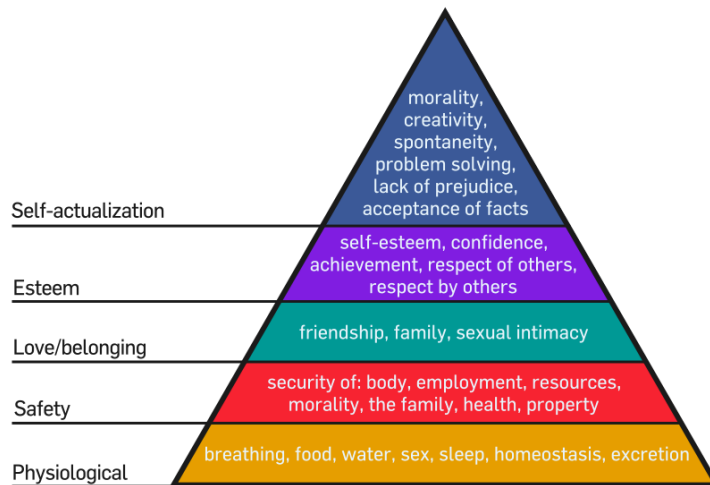
Penentuan skala prioritas menurut Departemen Kesehatan, 1995 menetapkan sebagai berikut;

- 1) Prioritas pertama diberikan pada masalah aktual
- 2) Prioritas kedua diberikan pada masalah potensial

Dalam praktiknya masalah aktual tidak selalu menjadi masalah prioritas yang lebih tinggi dibandingkan masalah potensial, karena masalah yang diduga bersifat mengancam jiwa dapat menjadi prioritas dibanding dengan masalah aktual yang beresiko rendah.

c. Hierarki Maslow

Maslow telah membuat 5 hierarki kebutuhan dasar manusia. Hierarki yang menjadi prioritas pemenuhan terletak pada kebutuhan dasar yang bersifat fisiologis.



<https://jottedlines.com/critique-of-a-journal-article-on-maslow%E2%80%99s-concept-of->

kemudian prioritas kedua adalah kebutuhan rasa aman dan nyaman, dilanjutkan dengan kebutuhan rasa dicintai dan mencintai, prioritas selanjutnya adalah kebutuhan harga diri dan yang terakhir adalah aktualisasi diri.

d. Pendekatan body sistem (B1-B6)

Dalam pendekatan ini sudah kita pelajari bersama di modul 1 pengkajian nomenklatur dari B1- sampai B6.

Penentuan prioritas dari pendekatan ini B1 (*Breathing*) sistem pernafasan menjadi prioritas utama. Gangguan pada sistem pernafasan dapat mengancam nyawa klien.

Dari ulasan diatas penerapan dalam menentukan prioritas masalah keperawatan dapat memilih salah satu pendekatan yang ada. Sebagai contoh jika anda dihadapkan pada sebuah kasus dimana terdapat masalah seperti ini “hipovolemia, gangg. Pertukaran gas, gangguan perfusi jaringan perifer”. Ketiga masalah diatas dilihat dari standar V asuhan keperawatan termasuk prioritas kedua, dilihat dari hierarki maslow semua termasuk kebutuhan fisiologis sebagai prioritas pertama, maka langkah anda lanjutkan pertimbangan anda dengan pendekatan body sistem. Dalam pendekatan body sistem yang menjadi prioritas 1 adalah masalah *breathing* / pernafasan (B1), maka masalah prioritas utama adalah “pertukaran gas”.

2. Menetapkan tujuan dan kriteria Tujuan

Tujuan dapat memberikan fokus yang jelas untuk tindakan yang dilakukan atau dibutuhkan klien.

a. Tujuan

Tujuan adalah perubahan kondisi atau perilaku klien yang diharapkan oleh perawat setelah diberikan tindakan keperawatan. Tujuan harus bersifat realistis dan didasarkan pada kebutuhan dan sumber daya klien. Tujuan yang baik adalah tujuan yang dapat mengarahkan aktivitas asuhan keperawatan, yaitu mengandung unsur subjek, predikat, dan kriteria.

b. Kriteria Tujuan

Kriteria tujuan yang diharapkan harus memenuhi standar intelektual yang ditetapkan, yaitu; spesifik, tunggal, dapat diukur, dapat diobservasi dan memiliki batas waktu.

c. Rumusan Tujuan

Adapun beberapa rumusan tujuan yang sering digunakan adalah:

1) Rumusan tujuan SMART

S M A R T

S : Spesifik, berfokus pada pasien, singkat dan jelas

M : *Measureable* dapat diukur

A : *Achievable*, realistis

R : *Reasonable*, ditentukan oleh perawat dan klien

T : Time, ada batas waktunya

2) Rumusan tujuan SPHKT

S P H K T

S : subyek, siapa yang mencapai tujuan

P : predikat, kata kerja yang dapat diukur, tulis sebelum kata kerja kata "mampu"

H : hasil, respon fisiologis dan gaya hidup yang diharapkan dari klien

K : kriteria, mengukur kemajuan klien dalam mencapai hasil

T : time, target waktu, periode tertentu untuk mencapai kriteria

3) Rumusan tujuan SPK

S P K

S : subjek/ perilaku klien yang diamati

P : predikat merupakan perilaku pasien yang akan dicapai / kondisi yang melingkupi pasien

K : kondisi pencapaian tujuan

Tujuan memiliki batasan waktu, batasan ini tergantung pada sifat masalah, etiologi, kondisi keseluruhan klien dan lingkungan. Ada 2 batasan waktu yang dapat digunakan yaitu:

a) tujuan jangka pendek

perilaku atau respon klien yang diharapkan perawat dalam jangka pendek

b) tujuan jangka panjang

perilaku atau respon klien yang diharapkan perawat dalam jangka waktu lebih lama. Tujuan jangka panjang dicapai melalui tujuan jangka pendek.

3. Menetapkan kriteria hasil

Kriteria hasil merupakan batasan karakteristik atau indikator keberhasilan dari tujuan yang telah ditetapkan. Kriteria hasil berorientasi pada masalah dan kemungkinan penyebab/etiologi serta merujuk pada symptom. Kriteria hasil harus memenuhi 4 komponen yaitu; kognitif (pengetahuan), afektif (perubahan sikap/status emosional), psikomotor/perilaku dan perubahan fisiologis tubuh.

a. Aspek pertama kognitif yaitu perubahan pengetahuan klien dari tidak tahu menjadi tahu dan memiliki konsep yang baru. Contoh kriteria hasil pencapaian kognitif adalah:

- Klien mampu menyebutkan penanganan hipoglikemia
- Klien mampu mengidentifikasi cara – cara penularan TB Paru

b. Aspek afektif yaitu perubahan sikap dan status emosional dari sikap yang pasien yang tadinya menolak, pengingkaran, marah menjadi asertif menjadi sikap asertif dan kooperatif. contoh kriteria hasil pencapaian afektif;

- Pasien mampu menyampaikan perasaannya
- Pasien mampu bercerita tentang penyebab kecemasannya

c. Aspek psikomotor yaitu bentuk perilakuaktif yang dapat diamati oleh perawat atau perubahan tindakan klien secara nyata yang dapat dilihat. Contoh pencapaian hasil psikomotor;

- Klien tampak mulai belajar berjalan
- Klien mampu mendemonstrasikan teknik penyuntikan insulin secara benar

- Klien mampu mendemonstrasikan teknik perawatan payudara masa menyusui dengan benar
- d. Aspek perubahan fisiologi tubuh, perubahan respon tubuh dari kondisi patologis, tindakan, atau situasi yang mengancam ke arah prognose yang normal/baik. Contoh :
- Tekanan darah pasien berangsur angsur turun ke arah sistole 120-130mmHg dan deastole 70-90 mmHg
 - Acral hangat
 - Jumlah produksi urine 0,5 -1 cc/kgBB/jam

4. Merumuskan rencana tindakan keperawatan

Karakteristik rencana tindakan keperawatan berdasarkan standar V asuhan keperawatan antara lain; berdasarkan tujuan, merupakan alternatif tindakan terbaik, melibatkan pasien dan keluarga, mempertimbangkan latarbelakang budaya, mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, fasilitas, lingkungan, sumberdaya, aman dan nyaman untuk pasien, berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami.

komponen rencana tindakan keperawatan terdiri atas;

a. Penyuluhan/health education

Rencana tindakan keperawatan yang berupa pendidikan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan kemampuan pasien dalam perawatan diri dan atau penyelesaian masalah kesehatan pasien dengan penekanan kepada kemandirian pasien melakukan perawatan diri atau penyelesaian masalah kesehatan terutama di rumah. Contoh rencana tindakan health education adalah:

- Jelaskan kepada pasien penyebab dan cara mengatasi nyeri
- Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang diet diabetes mellitus

b. Terapeutik/ nursing treatment

Rencana tindakan keperawatan terapeutik adalah rencana tindakan yang ditetapkan untuk mengurangi, memperbaiki dan mencegah perluasan masalah. Rencana tindakan ini berupa intervensi mandiri perawat yang berasal dari ilmu, kiat dan seni keperawatan. contoh rencana tindakan mandiri perawat adalah:

- Berikan posisi semifowler sampai fowler

- Berikan counter pressure pada sakral saat his
- Lakukan perawatan luka 1x/hari
- Lakukan fisioterapi dada 2x/hari

c. Observasi

Rencana tindakan observasi adalah rencana tindakan untuk mengkaji atau mengobservasi kemajuan klien dengan pemantauan langsung yang dilakukan perawat secara kontinu. Contoh rencana tindakan kolaboratif adalah:

- Observasi TTV tiap 3 jam
- Lakukan monitoring in take out put tiap 6 jam
- Observasi tingkat kesadaran pasien

d. Kolaborasi/ medical treatment

Rencana tindakan kolaborasi adalah tindakan medis yang dilimpahkan kepada perawat. Penerapan rencana tindakan kolaboratif hendaknya dapat diinstruksikan dengan jelas supaya tidak menjadi kesalahan dalam pelaksanaannya. Contoh rencana tindakan kolaboratif adalah:

- Lakukan injeksi insulin 3x 5 u /sc
- Pasang infus RL:Dextrose 5% (3:1) /24 jam

5. Menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan

Rasional rencana tindakan keperawatan adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkannya rencana tindakan keperawatan. Kegiatan ini umumnya digunakan untuk proses pembelajaran, dengan harapan mahasiswa terbiasa menerapkan pola pikir ilmiah sebagai dasar pengambilan keputusan dalam menetapkan rencana keperawatan. contoh pembuatan rasional rencana tindakan keperawatan:

Rencana tindakan	Rasional
Posisikan klien miring kiri pada saat kala I	Kompresi aorta dan vena cava inferior dapat dicegah, sedangkan aliran balik vena, sirkulasi placenta dan perfusi ginjal dapat meningkat.
Berikan pemijatan pada uterus	Sensasi berupa massage pada uterus meningkatkan kontraksi otot miometrium

Observasi tekanan darah dan nadi	Kondisi kehilangan darah dapat menurunkan tekanan darah dan meningkatkan denyut nadi
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

2.4 Pedoman Pengisian Format Rencana Tindakan Keperawatan

Dalam pengisian format rencana tindakan keperawatan antara lain:

1. Tanggal/jam

Tuliskan tanggal, bulan, tahun dan jam saat rencana tindakan di susun

2. Diagnosis Keperawatan

Tuliskan diagnosis keperawatan yang sudah diidentifikasi dalam format diagnosis keperawatan

3. Tujuan dan kriteria hasil

- Tuliskan tujuan yang berorientasi pada problem solving/ pemecahan masalah keperawatan
- Tulislah rumusan tujuan dengan formulasi minimal SPK
- Tuliskan kriteria hasil yang sesuai dengan tujuan dengan kriteria SMART
- Bila dalam kriteria hasil terdapat rentang batas normal maka tulislah batas bawah dan batas atas dari rentang yang dimaksud
- Bila dalam kriteria terdapat nilai satuan maka tulislah nilai satuannya seperti Kg, Gr%, mmHg dll

4. Rencana tindakan

Penulisan rencana tindakan, tulislah nomor urut, tulis dalam kalimat instruksi, pastikan seluruh komponen rencana keperawatan dituliskan

5. Rasional

Tulis rasional dengan bahasa yang mudah dipahami, jangan menuliskan tujuan dari rencana tindakan tetapi alasan ilmiah ditetapkannya rencana tindakan. Tuliskan nomor urut sesuai no urut rencana tindakan .

6. Paraf

Tulis no urut dan nama terang perawat yang menyusun rencana tindakan.

Tabel 2.4.1 contoh format rencana tindakan keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana tindakan	Rasional	paraf
1.	20/11/2018	Nyeri akut kala I ybd kontraksi uterus dd pasien mengeluh nyeri perut skala 9, nyeri hilang timbul, pasien tampak menyeringai kesakitan Tensi 130/90 mmHg, Nadi 96 x/mnt	Klien mampu mendemonstrasikan pengendalian rasa nyeri, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam dengan kriteria: - Pemahaman pasien tentang penyebab dan cara mengatasi nyeri meningkat - Kemampuan pasien melakukan teknik relaksasi distraksi meningkat - Skala nyeri turun	<ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan tentang penyebab dan cara mengatasi nyeri his kala I 2. posisikan klien miring kiri 3. ajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat his 4. berikan counter pressure 5. observasi his dan TTV setiap 30 menit 6. kolaborasi dengan dokter jika kemajuan persalinan > 12 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pemahaman yang baik dapat membentuk perilaku kooperatif 2. miring kiri menghindari penekanan pada vena cava inferior dan aorta hepatica 3. teknik nafas dalam dapat meningkatkan pasokan oksigen sehingga dapat menurunkan metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat dan menurunkan rasa nyeri 4. counter pressure pada area sacral dapat menutup pintu penghantaran rasa nyeri 5. TTV akan dipengaruhi oleh his 6. Fase kala I > 12 jam adalah abnormal sehingga membutuhkan kerjasama pihak medis. 	Perawat AD