

Editor: Arif Munandar

KEPERAWATAN PROFESIONAL (KONSEP DAN APLIKASI) JILID 2



Sulastris | Bima Aminul Karim
Septi Machelia Champaca Nursery | Mita | Kori Limbong
Yesiana Dwi Wahyu Werdani | Aemilianus Mau
Kurniati Prihatin | Nurul Hayati | Sri Widowati
Sofia Febuanti | Dwi Prihatin Era | Munadiah Wahyuddin

BUNGA RAMPAI

**KEPERAWATAN PROFESIONAL
(KONSEP DAN APLIKASI) JILID 2**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KEPERAWATAN PROFESIONAL (KONSEP DAN APLIKASI) JILID 2

Sulastri
Bima Aminul Karim
Septi Machelia Champaca Nursery
Mita
Kori Limbong
Yesiana Dwi Wahyu Werdani
Aemilianus Mau
Kurniati Prihatin
Nurul Hayati
Sri Widowati
Sofia Februanti
Dwi Prihatin Era
Munadiah Wahyuddin

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

KEPERAWATAN PROFESIONAL (KONSEP DAN APLIKASI) JILID 2

Sulastri
Bima Aminul Karim
Septi Machelia Champaca Nursery
Mita
Kori Limbong
Yesiana Dwi Wahyu Werdani
Aemilianus Mau
Kurniati Prihatin
Nurul Hayati
Sri Widowati
Sofia Februanti
Dwi Prihatin Era
Munadiah Wahyuddin

Editor:

Arif Munandar

Tata Letak:

Anjar Rahman

Desain Cover:

Qonita Azizah

Ukuran:

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:

viii, 228

ISBN:

978-623-512-108-6

Terbit Pada:

Juli 2024

Hak Cipta 2024 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir untuk memberikan kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan **Keperawatan Profesional (Konsep dan Aplikasi) JILID 2**. Sistematika buku **Keperawatan Profesional (Konsep dan Aplikasi) JILID 2** ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Pada buku ini terdiri dari 13 BAB yaitu standar - standar profesional dalam praktik keperawatan dan fokus praktik keperawatan profesional; sistem pendidikan keperawatan dan pendidikan tinggi keperawatan; model praktik keperawatan profesional (MPKP); manajemen dan model asuhan keperawatan profesional (MAKP); registrasi praktik perawat dan jenjang karier profesional keperawatan; komunikasi terapeutik dan komunikasi efektif; standar asuhan keperawatan dan prosedur tetap dalam praktik keperawatan profesional; pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, istirahat dan tidur; pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan; pemenuhan kebutuhan *hygiene* dan *self care*; hak dan kewajiban perawat – klien; komite keperawatan dan kualitas pelayanan keperawatan dan telenursing. Oleh karena itu, diharapkan buku ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya. Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa.

Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 1 Juni 2024

Editor

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 STANDAR-STANDAR PROFESIONAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DAN FOKUS PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL	1
Standar Profesional Keperawatan	1
Standar–Standar Profesional dalam Praktik Keperawatan.....	2
Standar Praktik Keperawatan	2
Standar Kinerja Professional.....	4
Fokus Praktik Keperawatan Profesional	6
2 SISTEM PENDIDIKAN KEPERAWATAN DAN PENDIDIKAN TINGGI KEPERAWATAN	11
Sistem Pendidikan	11
Sistem Pendidikan Keperawatan	12
Sejarah Perkembangan Pendidikan Keperawatan	15
Pendidikan Tinggi Keperawatan	17
Bagaimana dengan Kualifikasi Pendidikan Perawat Ditinjau dari Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) ..	22
3 MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP).....	27
Kualitas Pelayanan Keperawatan Menentukan Eksistensi Rumah Sakit.....	27
Definisi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)	28
Tujuan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)	29

	Karakteristik Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)	30
	Empat Pilar	
	Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) ...	32
4	MANAJEMEN DAN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)	53
	Pendahuluan	53
	Pertimbangan Pemilihan Model Asuhan Keperawatan Profesional	53
	Jenis Model Asuhan Keperawatan Profesional	54
	Langkah Pengelolaan MAKP	60
	Faktor yang Berhubungan dengan Model Asuhan Keperawatan Profesional	61
5	REGISTRASI PRAKTIK PERAWAT DAN JENJANG KARIER PROFESIONAL KEPERAWATAN	67
	Pendahuluan	67
	Registrasi dan Lisensi Perawat	68
	Jenjang Karir Perawat	74
6	KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN KOMUNIKASI EFEKTIF	87
	Definisi Komunikasi Terapeutik dan Komunikasi Efektif	87
	Manfaat Komunikasi Terapeutik dan Komunikasi Efektif	87
	Cara Melakukan Komunikasi Terapeutik	88
	Keterampilan Dasar Komunikasi Terapeutik dan Efektif	89
	Proses Komunikasi	91
	Komunikasi Efektif Melalui Telepon	92
	Teknik Komunikasi Terapeutik	93

	Tahapan dalam Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik	94
	Fase Proses Perawatan dengan Menggunakan Komunikasi Terapeutik yang Efektif	95
	<i>Integrative Framework</i> Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien.....	96
	Strategi Komunikasi Non-Verbal.....	97
	Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik Antara Perawat dan Pasien	98
	Indikator Kepuasan Pasien dalam Komunikasi Terapeutik.....	101
7	STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DAN PROSEDUR TETAP DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL	107
	Pendahuluan	107
	Standar Asuhan Keperawatan	109
	Standar V Evaluasi	120
	Standar Kinerja Professional.....	122
	Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan Profesional.....	123
	Kesimpulan.....	128
8	PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN, ISTIRAHAT DAN TIDUR	131
	Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman.....	131
	Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur.....	135
9	PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN	147
	Pendahuluan	147
	Pengertian	148

	Sistem Tubuh yang Berperan dalam Kebutuhan Aktivitas Menurut (Tinungki, Dkk 2023).....	149
	Kebutuhan Mobilitas dan Imobilitas	151
	Nilai Aktivitas dan Latihan.....	153
	Prosedur Tindakan Keperawatan pada Gangguan Kebutuhan Aktivitas	154
10	PEMENUHAN KEBUTUHAN <i>HYGIENE DAN SELF CARE</i>	165
	Self Care	165
	Defisit Self Care	169
	Hygiene dan Self Care	169
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Praktek Kebersihan Diri	171
	Prinsip-Prinsip Kebersihan Diri	173
	Pemenuhan Kebutuhan Hygiene dan Self Care ..	173
	Mandi	174
	Perawatan Gigi dan Mulut	177
	Perawatan Rambut	178
	Perawatan Kuku	179
	Peran Perawat Dalam Kebersihan Diri	179
	Pemenuhan Kebutuhan <i>Hygiene dan Self Care</i> pada Pasien Gangguan Mental.....	180
	<i>Hygiene dan Self Care</i> Saat Menstruasi	181
11	HAK DAN KEWAJIBAN PERAWAT-KLIEN	187
	Pendahuluan	187
	Hak Perawat	189
	Kewajiban Perawat.....	190
	Hak Klien.....	191

	Kewajiban Kien	193
12	KOMITE KEPERAWATAN DAN KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN	199
	Komite Keperawatan Rumah Sakit: Memberikan Pelayanan Keperawatan yang Bermutu dengan Meningkatkan Keahlian Keperawatan	199
	Fungsi Utama Komite Keperawatan	201
	Etika Keperawatan dan Kualitas Yanwat	211
	Kerjasama dengan Komite Keperawatan dan Staf Medis Lainnya	211
13	<i>TELENURSING</i>	215
	Pendahuluan	215
	Definisi	216
	Tujuan	218
	Prinsip <i>Telenursing</i>	219
	Kekurangan <i>Telenursing</i>	220
	Keuntungan <i>Telenursing</i>	220
	Hukum dan Etika <i>Telenursing</i>	223
	Pengaplikasian <i>Telenursing</i>	225

STANDAR-STANDAR PROFESIONAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DAN FOKUS PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

Ns. Sulastri, S.Kep., M.Kes.

Universitas Muhammadiyah Kendal Batang

Standar Profesional Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan/ asuhan profesional yang merupakan bagian penting dari sebuah pelayanan kesehatan dan didasarkan pada ilmu dan kiat-kiat keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sehat maupun sakit sehingga dapat mencakup seluruh aspek kehidupan manusia (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2013).

Pengertian Standar Profesi Keperawatan dalam UU PMK No 26 Tahun 2019 yaitu standar profesi keperawatan yang selanjutnya disebut standar profesi adalah batasan kemampuan minimal berupa pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional yang harus dikuasai dan dimiliki oleh Perawat untuk dapat melakukan Praktik Keperawatan pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh Organisasi Profesi.

Standar profesi yang dimiliki keperawatan tentunya digunakan sebagai pedoman dan ukuran dalam menjalankan setiap pelayanan keperawatan, agar sesuai dengan nilai-nilai profesi, etika dan tanggung jawab profesi. Sehingga perawat yang terdaftar serta menjalankan pedoman keperawatan dapat menjadi cerminan terhadap nilai-nilai profesi keperawatan.

Standar-Standar Profesional dalam Praktik Keperawatan

Cakupan standar praktik keperawatan meliputi “siapa”, “apa”, “dimana”, “kapan”, “mengapa”, dan “bagaimana” praktik keperawatan tersebut:

Siapa: Perawat yang teregistrasi dan Perawat yang teregistrasi dengan keahlian atau pelatihan khusus dibidang tertentu.

Apa: Keperawatan adalah sebuah perlindungan, promosi dan optimalisasi kesehatan manusia dalam mencegah penyakit dan cedera serta memfasilitasi manusia dalam menyembuhkan dan pengobatan melalui diagnosis

Dimana: Dimana pun ada pasien yang membutuhkan pertolongan dan perawatan

Kapan: Setiap kali ada pasien yang membutuhkan pertolongan dan perawatan

Mengapa: Profesi ini ada untuk membantu dan melayani masyarakat dalam bidang kesehatan

Standar Praktik Keperawatan

Standar praktik keperawatan adalah tingkat kompetensi asuhan keperawatan agar perawat dapat membentuk dasar pengambilan keputusan (American Nurses Association, 2015) (Zuliani et al., 2023).

Standar 1. Pengkajian

Perawat mengumpulkan data dan informasi penting mencakup kesehatan pasien atau situasi yang dialami secara sistematis, singkat, menyeluruh dan berkesinambungan. Pengkajian digunakan sebagai informasi primer mengenai kesehatan pasien yang dapat digunakan dalam mengembangkan diagnosa keperawatan dan intervensi yang tepat.

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik maupun data penunjang tambahan (hasil laboratorium dan uji diagnostik) serta dokumen lain.

Standar 2. Diagnosa

Perawat menganalisis data yang dikumpulkan untuk merumuskan diagnosa, masalah dan isu yang dialami. Analisa diagnosa yang tepat diharapkan dapat memberikan perbaikan kesehatan bagi pasien

Standar 3. Identifikasi Hasil

Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan dari kondisi pasien kemudian merencanakan tindakan yang akan dilakukan agar tujuan tersebut tercapai

Standar 4. Perencanaan Keperawatan (Intervensi)

Intervensi keperawatan disusun oleh perawat untuk menyelesaikan permasalahan dan meningkatkan kualitas kesehatan pasien. Intervensi ditentukan dengan menetapkan prioritas, tujuan dan rencana tindakan keperawatan

Standar 5. Pelaksanaan Tindakan (Implementasi)

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah direncanakan sebelumnya pada asuhan keperawatan dan bekerja sama dengan pasien guna mendapatkan hasil yang diinginkan

Standar 5A. Kordinasi Keperawatan

Perawat melakukan kordinasi dengan teman sejawat dalam pemberian perawatan agar setiap perkembangan pasien dapat tercatat

Standar 5B. Edukasi dan Promosi Kesehatan

Perawat melakukan edukasi dan promosi kesehatan dan lingkungan yang aman pada pasien agar meningkatkan kesehatan pasien

Standar 6. Evaluasi

Perawat mengevaluasi perkembangan setelah diberikan tindakan memenuhi tujuan atau tidak serta memperbaiki data dan rencana yang ada untuk pemberian asuhan keperawatan selanjutnya.

Standar Kinerja Professional

Standar kinerja profesional menggambarkan tingkat perilaku perawat yang kompeten dalam kinerja profesional.

Standar 7. Etika

Perawat menggunakan etika praktik keperawatan dan nilai nilai keperawatan agar pelayanan yang diberikan dapat berdampak baik bagi pasien

Standar 8. Praktik Budaya

Perawat dalam melaksanakan praktiknya dilakukan sesuai dengan keragaman budaya dan prinsip-prinsip yang berlaku pada pasien seperti norma dan nilai budaya

Standar 9. Komunikasi

Perawat menggunakan komunikasi efektif pada semua area praktik agar informasi yang disampaikan jelas dan tidak terjadi kesalahpahaman

Standar 10. Kolaborasi

Perawat berkolaborasi dengan klien, sejawat lain dan pemangku kebijakan dalam melaksanakan perawatan pasien guna meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam perawatan pasien

Standar 11. Kepemimpinan

Kepemimpinan dibutuhkan perawat dalam mengatur praktik keperawatan profesional

Standar 12. Pendidikan

Perawat senantiasa selalu menambah pengetahuan dan kompetensinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan. Tersedianya kesempatan bagi perawat dalam menambah ilmu pengetahuan baik di pendidikan maupun dengan mengadakan ruang diskusi atau pelatihan

Standar 13. Evidence-based Practice and Research

Perawat mengintegrasikan bukti dan temuan yang ada pada praktik dengan penelitian

Standar 14. Kualitas Praktik

Pelayanan keperawatan yang diberikan harus berkualitas guna memberikan dampak baik bagi kesehatan pasien

Standar 15. Evaluasi Praktik Profesional

Melaksanakan evaluasi terhadap diri sendiri maupun sejawat dalam memberikan praktik keperawatan

Standar 16. Pemanfaatan Sumber Daya

Sumber daya yang dimiliki digunakan secara tepat dalam melakukan perencanaan, penyediaan, dan mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan bertanggung jawab

Standar 17. Kesehatan Lingkungan

Lingkungan yang aman dan sehat bagi perawat akan memberikan dampak yang baik bagi kualitas pelayanan keperawatan

Selain itu peran perawat secara umum adalah memberikan asuhan/pelayanan, menjadi pemimpin kelompok, pendidik, pengelola dan peneliti (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2013).

1. Pemberi asuhan (Care Provider): Menerapkan keterampilan berfikir kritis dan melakukan pendekatan dalam penyelesaian masalah serta membuat keputusan keperawatan dalam asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik berlandaskan etik profesi dan aspek legal.
2. Pemimpin Kelompok (Community leader): Menjalankan kepemimpinan di berbagai tingkatan, baik tingkat profesi maupun tingkat sosial
3. Pendidik (Educator): Melakukan edukasi terhadap klien dan keluarga yang menjadi tanggung jawabnya
4. Pengelola (Manager): Mengaplikasikan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan klien.
5. Peneliti (Researcher): Melakukan penelitian keperawatan dengan cara menumbuhkan rasa ingin tahu dalam setiap masalah yang ada dan mencari jawaban terhadap masalah keperawatan dan kesehatan yang terjadi dan menerapkan hasil kajian dalam upaya dalam mewujudkan praktik berbasis bukti (*Evidence Based Nursing Practice*)

Fokus Praktik Keperawatan Profesional

Praktik keperawatan tentunya tidak terlepas dari berbagai upaya dalam peningkatan kesehatan dimasyarakat. Tujuan praktik keperawatan harus diupayakan pada

pencegahan primer, peningkatan kesehatan pasien, keluarga dan masyarakat serta perawatan diri dan peningkatan kepercayaan diri.

Dalam Praktik Keperawatan mencakup lima aspek yang terkait dalam kesehatan (Berman et al., 2022) yaitu:

1. Peningkatan Kesehatan (Health Promotion)

Peningkatan kesehatan adalah suatu aktifitas dalam proses keperawatan yang mencakup kesadaran diri pasien terhadap kesehatan, keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Tujuannya ialah untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Fokus peningkatan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan secara umum baik untuk individu, keluarga, dan komunitas.

2. Pencegahan penyakit

Aktifitas pencegahan penyakit secara umum bertujuan untuk mengurangi resiko penyakit serta meningkatkan kualitas hidup yang baik dan mempertahankan kesehatan secara optimal.

3. Pemeliharaan kesehatan (Health Maintenance)

Kegiatan pemeliharaan kesehatan bertujuan untuk membantu pasien dalam memelihara status kesehatan dan mempertahankan status kesehatannya.

4. Pemulihan kesehatan (Health Reatoration)

Kegiatan pemulihan yang dilakukan perawat bertujuan untuk membantu pasien dalam meningkatkan kesehatan setelah pasien mendapatkan masalah kesehatan atau penyakit.

5. Perawatan pasien menjelang ajal

Area praktik keperawatan meliputi pemberian rasa nyaman dan memberikan perawatan kepada pasien

dalam keadaan menjelang ajal umumnya tindakan ini dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit dll, perawatan dapat berupa pembersihan jenazah secara agama maupun menyiapkan jenazah untuk dibawa kerumah duka.

Daftar Pustaka

- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and Standards of Practice, Third Edition*. 3(July), 2–16.
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2022). Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice. In *AJN, American Journal of Nursing* (Vol. 60, Issue 3). <https://doi.org/10.1097/00000446-196003000-00030>
- Indonesia, M. K. R. (2019). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 26 TAHUN 2019 TENTANG PERATURAN PELAKSANAAN UNDANG-UNDANG NOMOR 38 TAHUN 2014 TENTANG KEPERAWATAN*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2013). Standar Kompetensi Perawat Indonesia. *Standar Kompetensi Perawat Indonesia- DiPublikasi Oleh Bidang Organisasi PP-PPNI Melalui; Http://Www.Inna-Ppni.or.Id, IV(15), DF-1.4 %Çiφ 5 0 obj <</Length 6 0 R/Filter /Flate. http://www.inna-ppni.or.id/innappni/mntop-standar-kompetensi.html*
- Zuliani, Hariyanto, S., Maria, D., Tauran, I., Urifah, S., Sugiarto, A., Muhsinah, S., Kurwiyah, N., Marisi, E. L. ., Manik, M. J., Juliani, E., & Kuswati, A. (2023). *Keperawatan Profesional* (M. J. F. Sirait (ed.)). Yayasan Kita Menulis. <https://www.bpjs>

Profil Penulis



Ns. Sulastri, S.Kep., M.Kes

Adalah seorang dosen di Universitas Muhammadiyah Kendal Batang (UMKABA). Penulis menduduki jabatan Sebagai Wakil Direktur III (Kemahasiswaan) AKPER Muhammadiyah Kendal tahun 2001 - 2008, sebagai Wakil Direktur II Bidang Administrasi dan Keuangan AKPER Muhammadiyah Kendal Tahun 2009 - 2012, Sebagai Direktur AKPER Muhammadiyah Kendal tahun 2013 - 2017, sebagai Ketua STIKES Muhammadiyah Kendal tahun 2017 - 2021, saat ini penulis sebagai Wakil Rektor 1 Universitas Muhammadiyah Kendal Batang (UMKABA) sejak tahun 2022 sampai sekarang, Penulis juga sebagai Pengurus DPD PPNI Kabupaten Kendal sebagai Devisi Penelitian, Sistem Informasi dan Komunikasi tahun 2015 - 2020 dan Sebagai Sekertaris Dewan Pertimbangan DPD PPNI Kabupaten Kendal tahun 2022 - sekarang. Penulis mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan dan Ners dari STIKES KENDAL, gelar Magister Kesehatan dari Universitas Diponegoro Semarang. Penulis mendapatkan Beasiswa Dalam Negeri (BPDN tahun 2013 - 2015). Saat ini penulis menekuni bidang ilmu keperawatan Anak dan Keperawatan Maternitas. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen di Perguruan Tinggi Muhammadiyah, penulis aktif menjalankan Caturdarma perguruan tinggi dengan melakukan pengajaran, penelitian, pengabdian & implementasi Al - Islam Kemuhammadiyah. Karya yang sudah dimiliki adalah hasil penelitian yang dipublish di jurnal terakreditasi Sinta dan Buku ini merupakan karya yang kedua.

Email Penulis: sulastri.jihan@yahoo.co.id

SISTEM PENDIDIKAN KEPERAWATAN DAN PENDIDIKAN TINGGI KEPERAWATAN

Bima Aminul Karim, M.Tr.Kep.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kapanjen

Sistem Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha sadar serta terencana dalam mewujudkan suasana proses belajar dengan tujuan untuk memberikan pengembangan terhadap potensi diri yang dimiliki secara aktif seperti nilai spiritual keagamaan, manajemen diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak dan ketrampilan sehingga bisa memberikan manfaat untuk lingkungan dan negara. Pendidikan mengupayakan untuk memberikan persiapan kepada peserta didik melalui beberapa kegiatan diantaranya seperti bimbingan, pengajaran, dan atau pelatihan sehingga akan semakin berkembang di masa yang akan datang.

Sumber daya pendidikan yang menunjang tercipta sistem pendidikan yang baik diantaranya, tenaga pendidikan, dana operasional, fasilitas sarana dan prasarana. Tujuan sistem pendidikan tertuang dalam pembukaan Undang – Undang Dasar 1945 yaitu mencerdaskan kehidupan bangsa dan mengembangkan manusia Indonesia seutuhnya, yaitu manusia yang beriman dan bertaqwa

terhadap Tuhan Yang Maha Esa dan berbudi pekerti luhur, memiliki pengetahuan dan keterampilan, kesehatan jasmani dan rohani, kepribadian yang mantap dan mandiri serta rasa tanggung jawab kemasyarakatan dan kebangsaan.

Sistem pendidikan yang ada di Indonesia jika di tinjau dari Undang-Undang pendidikan Nomor 20 Tahun 2003 memiliki 3 jenis diantaranya:

1. Pendidikan Vokasi merupakan pendidikan Diploma Tiga merupakan luaran dari pendidikan tinggi yang nantinya akan menghasilkan lulusan yang siap untuk melaksanakan asuhan keperawatan di lingkungan kerja
2. Pendidikan Akademik merupakan pendidikan tinggi baik program sarjana maupun pasca sarjana yang memiliki tujuan untuk menguasai ilmu pengetahuan dengan bidang disiplin ilmu tertentu.
3. Pendidikan profesi merupakan pendidikan yang diselenggarakan pasca setelah menyelesaikan program sarjana dan menyiapkan untuk memiliki keahlian khusus. Sehingga tersedia perawat profesi yang memiliki keahlian dibidng spesialis.

Sistem Pendidikan Keperawatan

Perawat merupakan seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi keperawatan baik di dalam negeri maupun di luar negeri sesuai yang diakui oleh Pemerintah dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di perundang-undangan. Sistem pendidikan keperawatan merupakan salah satu upaya untuk fasilitas sarana pendidikan dan luaran untuk Sumber Daya Manusia yang berkualitas. Pendidikan akan memiliki pengaruh kepada kualitas pelayanan kesehatan yang ada dilapangan. Tenaga kesehatan yang memiliki jumlah besar dalam memberikan

pelayanan di sistem kesehatan merupakan perawat. Perawat merupakan tenaga kesehatan profesional yang memiliki kedekatan dengan pasien karena selama 24 jam ada di dalam pelayanan. Pendidikan keperawatan memberikan penekanan terhadap keprofesian, pendidikan keperawatan akan membentuk identitas tenaga keperawatan.

Luaran dari sistem pendidikan menciptakan perawat yang profesional memiliki beberapa pondasi diantaranya:

1. *Evidence Based*

Keperawatan harus memiliki study case dengan luaran penelitian yang kuat. Dalam penyelenggaraan pendidikan keperawatan memeperkuat penggunaan bukti dalam pengambilan keputusan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Sehingga pembangunan pendidikan keperawatan harus berbasis perguruan tinggi dan universitas dengan jenjang diploma, sarjana, magister, dan doktoral sehingga akan menghasilkan profesi ners, spesialis dan konsultan.

2. Kualitas Praktek

Kualitas praktik dalam mewujudkan perawat yang profesional dengan dukungan adanya kebijakan, regulasi dan peraturan adanya sinergi antara institusi pendidikan, pemerintahan, pelayanan dan profesi dalam menyusun praktik klinik yang berkualitas.

3. Keselamatan Pasien

Untuk semakin memberikan tingkat profesionalitas yang tinggi maka dalam memberikan pelayanan keperawatan harus memperhatikan faktor keselamatan pasien. Beberapa pondasi yang pendidikan berkualitas, kode etik keperawatan,

standar praktik dan implementasi, sertifikasi serta adanya regulasi keperawatan.

Menurut Undang – Undang Kesehatan nomor 17 tahun 2023 pasal 199 ayat 3, Tenaga Kesehatan dalam hal ini perawat terdiri dari perawat vokasi, *ners*, dan *ners spesialis*. Jika di tinjau dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Perawat terbagi menjadi dua jenis yakni Perawat Vokasi dan Perawat Profesi

- a. Perawat Vokasi merupakan perawat yang memiliki kemampuan teknis dan melaksanakan praktik keperawatan pemberian asuhan keperawatan
- b. Perawat Profesi/Ners merupakan perawat lulusan program profesi keperawatan yang memiliki keahlian khusus dalam memberikan asuhan keperawatan.

Sistem pendidikan keperawatan di Indonesia sebagai sarana untuk menciptakan sumber daya manusia di bidang keperawatan yang berkualitas harus mampu menjawab perkembangan dunia yang begitu pesat. Beberapa hal yang perlu diperhatikan diantaranya:

- a. Perkembangan Teknologi

Perkembangan teknologi yang begitu cepat dan maju tidak bisa dipungkiri bahwasanya menjadi bagian penting dari kehidupan manusia. Kita tidak bisa lepas dari perkembangan teknologi yang ada, Perawat dituntut untuk bisa memanfaatkan setiap perkembangan yang ada seperti *telemedicine*, *telenursing*, dan beberapa inovasi yang ada di dunia kesehatan lainnya. Pemanfaatan teknologi yang berkembang seperti penggunaan *smartphone*, *personal digital assistants*, *artificial intelligence*, komputer, internet. Perkembangan teknologi kedepannya akan terus ada sehingga diperlukan sistem

pendidikan yang nantinya bisa adaptif terhadap perkembangan teknologi yang ada.

b. Perubahan kebudayaan masyarakat yang modern

Globalisasi dan modernisasi yang terjadi di seluruh dunia tentu memberikan dampak terhadap perilaku manusia terutama dalam pelayanan kesehatan. Manusia di era modern memiliki kecenderungan untuk mencari yang simple dan flexible. Perkembangan media sosial yang sangat pesat dan mudah di akses oleh siapapun tentu akan memberikan tantangan dalam pemberian layanan. Namun jika ini bisa dilihat sebagai peluang untuk perkembangan pendidikan keperawatan kedepannya tentu sangat menarik dengan memunculkan inovasi-inovasi yang ada.

c. Tuntutan Profesi Keperawatan

Perkembangan teknologi, globalisasi, perubahan kebudayaan masyarakat yang cepat berkembang otomatis akan semakin memberikan tuntutan profesi keperawatan untuk lebih baik lagi. Perawat tentu dituntut memiliki standarisasi minimal dengan perkembangan yang ada agar bisa memberikan jawaban terhadap tantangan. Sistem Pendidikan keperawatan sebagai wadah melalui kurikulum pendidikan yang disusun sangat berperan penting untuk kemajuan tersebut.

Sejarah Perkembangan Pendidikan Keperawatan

Perkembangan pendidikan keperawatan di Indonesia memiliki perjalanan yang panjang serta menghadapi berbagai dinamika dan mengalami perkembangan yang pesat.

1. Sebelum Tahun 1985

Pada tahun 1799 di dirikan *Binnen Hospital*, perawat pada saat itu bertugas menjaga orang. Pada masa penjajahan Inggris dibawah kendali rafless perawat memiliki fokus untuk melakukan perawatan pada penanganan kasus kesehatan cacar dan gangguan jiwa. Pada masa penjajahan Belanda adanya pembangunan rumah sakit *Stadverband* atau yang kita kenal sebagai Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo setelah dipindahkan ke salemba.

Pada masa penjajahan jepang perawat tidak mendapatkan perhartian khusus. Pada masa setelah kemerdekaan tepatnya pada tahun 1952 didirikan Sekolah Pengatur Perawat (SPR) yang berada di kota bandung di Rumah Sakit Tantja Badak Bandung / Rumah Sakit Hasan Sadikin. Salain SPR juga didirikan Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) yang memiliki tingkat setara Sekolah Menengah Pertama (SMP). Selanjutnya Sekolah Pengatur Perawat (SPR) berubah menjadi Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan masa belajar 3 tahun atau setara dengan pendidikan tingkat SMA yang berada di tiga kota yaitu, Jakarta Bandung dan Surabaya.

2. Sesudah Tahun 1985

Pada tahun 1983 melalui organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) mengadakan deklarasi sekaligus kongres nasional pendidikan keperawatan di Indonesia. Pada saat itu mulai dilakukan kajian merancang dan membentuk Pendidikan keperawatan Indonesia. Pada era tersebut keluar kesepakatan jika pendidikan perawat merupakan pendidikan profesi dan harus berada pada jenjang perguruan tinggi. Melalui dukungan Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian

Kesehatan serta adanya dukungan dari Konsorsium Pendidikan Ilmu Kesehatan lahir pada tahun 1985 di Universitas Indonesia (UI) Program Studi Ilmu Keperawatan. Tujuan pendiriannya agar lulusan sarjana keperawatan merupakan profesional. Sehingga dapat menjadi mitra dokter dan berkeja secara ilmiah, memperkuat peran dan fungsi sebagai pendidik, pelaksana pengelola dan peneliti dalam ilmu keperawatan.

Pada saat pendirian Pendidikan Keperawatan dengan gelar (S. Kp) memiliki program A lulusan SMA dengan masa tempuh 9 semester dan program B Alih Jenjang Diploma 3 dengan masa studi 5 semester. Pada tahun 1998 pendidikan akademik dan profesi perawat dipisah, program A menyelesaikan pendidikan akademik 8 semester dan program B menyelesaikan pendidikan 4 semester. Pada masa itu juga terdapat perubahan nomenklatur dari S. Kp menjadi S. Kep. Pada jenjang pendidikan profesi dengan gelar Ners (Ns.) perawat menjalani pendidikan dengan masa studi 2 semester. Pada Tahun 2000 terdapat perubahan penyebutan untuk program A merupakan kelas reguler dan program B disebut dengan kelas Ekstensi. Pada tahun 1999 dibuka pendidikan magister dan pada tahun 2008 muncul jenjang Doktorat ilmu keperawatan di Universitas Indonesia

Sampai saat ini perkembangan pendidikan keperawatan sudah melahirkan banyak sumber daya dari jenjang pendidikan Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis dan Doktor dalam menunjang dan mewujudkan perawat yang profesional.

Pendidikan Tinggi Keperawatan

Pendidikan Tinggi menurut Undang-Undang nomor 12 tahun 2012 merupakan jenjang pendidikan yang

dilakukan setelah selesai menempuh pendidikan menengah yang terdiri dari program pendidikan diploma, program sarjana, program magister, program doktor, program profesi, program spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi dengan mengacu pada kebudayaan bangsa Indonesia. Pendidikan Tinggi yang dimaksud terdiri dari dua macam yakni pendidikan tinggi negeri yang didirikan oleh pemerintah dan pendidikan tinggi swasta yang didirikan oleh masyarakat.

Jenjang pendidikan dan lama studi Perawat yang ditempuh oleh peserta pendidik jika ditinjau dari Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi yakni

1. Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan

Pendidikan terendah keperawatan merupakan jenjang diploma 3 dengan gelar Ahli Madya Keperawatan (AMD.Kep) dengan waktu tempuh 6 (enam) semester dengan beban 108 sks. Kompetensi lulusan program diploma tiga, minimal memahami tentang :

- a. Menguasai konsep teoritis dalam bidang pengetahuannya serta ketrampilan umum di Keperawatan
- b. Mampu menyelesaikan setiap perkerjaan dalam lingkup luas
- c. Mampu menyelesaikan dengan metode baik yang sudah secara baku ada maupun sesuai dengan analisis data

2. Pendidikan Diploma Empat/Sarjana Terapan Keperawatan

Pendidikan perawat jenjang Diploma Empat/Sarjana Terapan Keperawatan (S.Tr.Kep) memiliki waktu tempuh belajar 4 (empat) sampai 5 (lima) tahun

dengan beban 144 sks. Kompetensi lulusan minimal menguasai:

- a. Mampu menerapkan konsep secara teoritis dalam bidang pengetahuan serta ketrampilan baik secara umum dan khusus guna menyelesaikan masalah secara prosedural dalam lingkup pekerjaan dan bidang keperawatan
- b. Mampu beradaptasi sesuai dengan perubahan yang ada di bidang keperawatan

3. Pendidikan Sarjana

Pendidikan jenjang sarjana keperawatan dengan gelar (S.Kep) memiliki memiliki waktu tempuh belajar 4 (empat) sampai 5 (lima) tahun dengan beban 144 sks. Kompetensi lulusan minimal menguasai :

- a. Kapasitas seorang perawat ners merupakan *case manager* dan advokat sesuai dengan dasar keilmuan dan *evidence Based*
- b. Menguasai konsep teori dalam bidang pengetahuan dan ketrampilan keperawatan baik secara umum maupun khusus untuk menyelesaikan masalah prosedural sesuai dengan lingkup bidang keperawatan.
- c. Mampu beradaptasi sesuai dengan perubahan yang ada di bidang keperawatan

4. Pendidikan Profesi Keperawatan

Pendidikan profesi dalam keperawatan ditempuh setelah melalui tahap pendidikan Sarjana Terapan keperawatan maupun sarjana keperawatan dengan gelar akademik *Ners*. Lama pendidikan yang ditempuh 1 (satu) sampai 2 (dua) tahun dengan beban 36 sks.

Program profesi dalam keperawatan minimal menguasai tentang:

- a. Teori aplikasi serta ketrampilan tertentu di bidang keperawatan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan serta teknologi dalam bidang profesi keperawatan
 - b. Mampu mengelola dan menerapkan sumber daya standar profesi keperawatan, memberikan evaluasi, dan mengembangkan strategi organisasi keperawatan
5. Pendidikan Magister Terapan Keperawatan

Pendidikan Magister Terapan Keperawatan dengan gelar (M.Tr.Kep) memiliki beban belajar diantara 54 sks sampai 72 sks dengan masa tempuh 3-4 semester. Minimal seorang magister terapan mampu mengembangkan keahlian dengan landasan pemahaman ilmu pengetahuan serta teknologi yang ada di keperawatan dan diterapkan di lingkup pekerjaan.

6. Pendidikan Magister Keperawatan

Pendidikan Magister Keperawatan dengan gelar (M.Kep) memiliki beban belajar diantara 54 sks sampai 72 sks dengan masa tempuh 3-4 semester. Mampu menguasai teori pengetahuan keperawatan untuk dijadikan bahan pengembangan ilmu pengetahuan dan riset sehingga memiliki luaran yang bersifat inovatif.

7. Pendidikan Spesialis

Pendidikan spesialis keperawatan di Indonesia sudah dibuka dan penyelenggaraan sudah ada beberapa perguruan tinggi, merujuk dari laman website Universitas Indonesia pendidikan spesialis keperawatan ditempuh 2 (dua) semester dalam waktu 1 (satu) tahun dengan beban 36 sks. Pendidikan

spesialis keperawatan yang dimiliki oleh keperawatan diantaranya,

- a. Spesialis Keperawatan Medikal Bedah dengan gelar (Sp.MB)
- b. Spesialis Keperawatan Maternitas dengan gelar (Sp.Kep.Mat)
- c. Spesialis Keperawatan Komunitas dengan gelar (Sp.Kep.Kom)
- d. Spesialis Keperawatan Anak dengan gelar (Sp.Kep. An)
- e. Spesialis Keperawatan Jiwa dengan gelar (Sp.Kep.J)
- f. Spesialis Keperawatan Onkologi dengan gelar (Sp.Kep.On)
- g. Spesialis Keperawatan Kritis (Sp.Kep.K)
- h. Spesialis Keperawatan Gawat Darurat (Sp.Kep.GD)

Walaupun di pendidikan spesialis keperawatan belum membuka program semuanya karena adanya tantangan dan spesifikasi. Namun diharapkan Pendidikan spesialis keperawatan dapat menguasai bidang ilmu pengetahuan dan mengembangkan pada keilmuan spesialis dalam praktik profesional yang didukung dengan riset keilmuan keperawatan.

8. Pendidikan Doktor Keperawatan

Pendidikan Doktor Keperawatan memiliki masa tempuh selama 6 (enam) semester dengan rincian 2 (dua) semester sebagai pembelajaran pendukung penelitian dan 4 (empat) semester sebagai penelitian. Jenjang Doktor Terapan Keperawatan diharapkan,

- a. Menguasai filosofi ketrampilan bidang ilmu pengetahuan dan ketrampilan tertentu
- b. Mampu melakukan kajian mendalam dan memperluas ilmu keperawatan melalui riset dan karya orisinal dan teruji.

9. Pendidikan Doktor Terapan Keperawatan

Pendidikan Doktor Keperawatan memiliki masa tempuh selama 6 (enam) semester dengan rincian 2 (dua) semester sebagai pembelajaran pendukung penelitian dan 4 (empat) semester sebagai penelitian. Doktor keperawatan diharapkan,

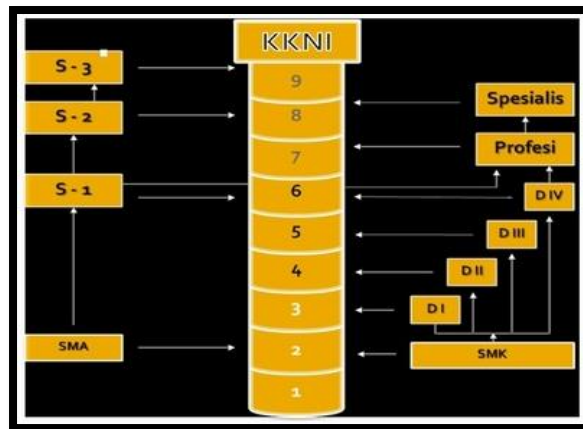
- a. Mampu mengembangkan dan meningkatkan keahlian dalam bidang keperawatan dengan dasar filosofi keilmuan dan ketrampilan keperawatan.
- b. Mampu memperdalam dan perluas ilmu pengetahuan dengan melalui riset serta menciptakan karya inovatif untuk di implementasikan di lingkup kerja keperawatan.

Program pendidikan doktoral keperawatan maupun terapan keperwatan bisa menjadi *leader* dalam ilmu keperawatan baik di lingkungan pendidikan maupun praktik klinik di lapangan melalui perkembangan zaman saat ini.

Bagaimana dengan Kualifikasi Pendidikan Perawat Ditinjau dari Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI)

Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) merupakan kualifikasi kompetensi yang bertujuan untuk menyandingkan, menyetarakan dan menintegritaskan bidang pendidikan dan pelatihan kerja serta pengalaman kerja dalam rangka memberi pengakuan sesuai dengna

struktur pekerjaan di berbagai sektor. Berikut jenjang perawat dari jenjang lulusan menurut KKNI menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 sebagai berikut,



Sumber: Biro Administrasi Akademik dan Data (umsu.ac.id)

1. Lulusan Diploma Tiga (D3) Keperawatan setara dengan jenjang 5
2. Lulusan Diploma Empat (D4) Keperawatan atau Sarjana Terapan (S.Tr,Kep) dan Sarjana Keperawatan S.Kep.Ners setara dengan jenjang 6
3. Lulusan Magister Terapan Keperawatan (M.Tr.Kep) dan Magister Keperawatan (M.Kep) setara dengan jenjang 8
4. Lulusan Doktor Terapan Keperawatan dan Doktor Keperawatan setara dengan jenjang 9
5. Lulusan Profesi Keperawatan setara dengan jenjang 7
6. Lulusan Spesialis Keperawatan setara dengan 8

Dunia pendidikan keperawatan saat ini sudah berkembang sangat pesat sehingga ini merupakan jawaban jika pendidikan keperawatan mampu beradaptasi untuk menjawab tantangan tersebut.

Daftar Pustaka

- Undang-undang Pendidikan. (1989). *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1989 Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta. Direktorat Pendidikan Menengah Umum
- Noor, T. (2018). rumusan tujuan pendidikan nasional pasal 3 undang-undang sistem pendidikan nasional No 20 Tahun 2003. *Wahana Karya Ilmiah Pendidikan*, 2(01).
- Kesuma, S. I. (2023). Sosialisasi Tentang Ulasan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Birokrasi: Jurnal Ilmu Hukum Dan Tata Negara*, 1(4), 143-156.
- Puji Lestari, T. R. (2014). *Pendidikan Keperawatan : Upaya Menghasilkan Tenaga Perawat Berkualitas*. Jakarta. Nursing Education
- Kemnaker,SKKNI.(2018). Tentang KKNI - Kelembagaan SKKNI (kemnaker.go.id). Kemnaker. KKNI : Kementrian Ketenagakerjaan RI - Tentang KKNI (kemnaker.go.id)
- BAA.UMSU. (2020). Kurikulum Nasional Berbasis Kompetensi Mengacu pada KKNI . Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. - Kurikulum Nasional Berbasis Kompetensi Mengacu pada KKNI - Biro Administrasi Akademik dan Data (umsu.ac.id)Biro Administrasi Akademik dan Data (umsu.ac.id)
- Casman, C., Pradana, A. A., & Edianto, E. (2020). Kaleidoskop menuju seperempat abad pendidikan keperawatan di Indonesia. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 5(1), 115-125.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. (2018). *Buku Panduan Pendidikan 2018: FIK-UI*. Depok.
- Lestari, T. R. P. (2016). Harapan atas profesi keperawatan di indonesia. *Kajian*, 19(1), 51-67.
- Fadhila, R., & Afriani, T. (2020). Penerapan telenursing dalam pelayanan kesehatan: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*, 3(2), 77-84.

Profil Penulis



Bima Aminul Karim, M.Tr.Kep.

Penulis yang lahir dari sebuah desa Donomulyo Kab. Malang merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Penulis memiliki background pendidikan di bidang Keperawatan dan Hukum, saat ini sedang menyelesaikan pendidikan S2 Magister Hukum. Penulis juga pernah mendapatkan penghargaan dari Gubernur Jawa Timur sebagai Pemuda Inspiratif Provinsi Jawa Timur tahun 2022, melalui terobosan kegiatan di masyarakat.

Dan di tahun 2023 akhir juga memperoleh penghargaan dari Bupati Malang selaku pemuda penggerak Masyarakat Saat ini penulis aktif menjadi Dosen pengajar serta Kepala Bagian Kemahasiswaan dan Humas di STIKes Kapanjen kabupaten Malang dan menjadi narasumber dalam bidang pengembangan diri, kepemimpinan maupun kesehatan di berbagai daerah. Hidup disiplin dan sadarhana

Email Penulis: bimaaminulkarim@gmail.com

ig: [@masdosensbima](https://www.instagram.com/masdosensbima) //

Wa: 085790917374 //

MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)

Septi Machelia Champaca Nursery, S.Kep., Ns., M.Kep.
STIKES Suaka Insan Banjarmasin

Kualitas Pelayanan Keperawatan Menentukan Eksistensi Rumah Sakit

Perubahan bidang kesehatan di Indonesia saat ini terjadi begitu pesat, persaingan bebas terjadi di semua tatanan kesehatan terutama rumah sakit. Pelayanan keperawatan merupakan bagian dari sistem kesehatan di sebuah rumah sakit. Pelayanan keperawatan merupakan kegiatan yang selalu ada yaitu selama 24 jam di rumah sakit, sehingga baik buruknya sebuah rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kualitas pelayanan keperawatan. Untuk mempertahankan eksistensinya dalam persaingan bebas ini adalah dengan cara meningkatkan kepuasan pelanggan. Kepuasan pelanggan bisa tercapai dengan memperbaiki kualitas pelayanan keperawatan. Kualitas pelayanan keperawatan diantaranya ditentukan oleh manajemen asuhan keperawatan.

Kualitas pelayanan keperawatan diantaranya ditentukan oleh manajemen asuhan keperawatan yaitu suatu pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) keperawatan. Dalam menjalankan kegiatan keperawatan dapat digunakan metoda proses keperawatan untuk menyelesaikan masalah pasien. Dengan demikian dalam

pengelolaan asuhan keperawatan ini terdapat hubungan antara perawat dan pasien baik langsung ataupun tidak langsung. Ada beberapa komponen penting dalam manajemen asuhan keperawatan yang salah satunya adalah sistem pengorganisasian dalam pemberian asuhan keperawatan. Salah satu dari beberapa sistem tersebut adalah Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) (Pratiwi et al., 1998).

Meyer et al. dalam (Dewi et al., 2013) menyampaikan bahwa Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) berkembang hampir di berbagai negara dan lebih menekankan pada aspek keperawatan, sehingga memungkinkan dilaksanakannya pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif dan profesional. Pengembangan model praktik keperawatan profesional, *IOWA Veterans Home* pada tahun 1967 disebut dengan *nursing professionaliazation and self governance : a model from long term care*.

Definisi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Model Praktek Keperawatan Profesional merupakan suatu sistem dengan struktur, proses, dan nilai-nilai professional yang sangat menekankan pada mutu kinerja tenaga keperawatan. Hal yang sering menjadi permasalahan dalam pelaksanaan model praktek keperawatan professional adalah terbatasnya jumlah perawat dan fasilitas atau sarana pendukung, kompetensi perawat yang belum terstandar, belum optimalnya fungsi manajemen pelayanan keperawatan. Rumah sakit menggunakan model praktik keperawatan profesional untuk melaksanakan proses sistem asuhan keperawatan di ruang inap sehingga meningkatkan dan mewujudkan mutu pelayanan keperawatan yang optimal (Nyoman et al., 2023). Hal tersebut sejalan dengan yang

disampaikan oleh Sugiharto dalam (Sahmad, 2014), Pendekatan dalam bentuk Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) ini merupakan pendekatan proses manajemen yang meliputi struktur, proses dan nilai profesional melalui fungsi-fungsi manajemen yaitu; perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian yang terintegrasi guna merealisasikan tujuan keperawatan yang ditetapkan.

Model Praktek Keperawatan Profesional adalah metode pemberian asuhan keperawatan komprehensif dan merupakan salah satu upaya meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit dalam pelayanan keperawatan sehingga meminimalkan kesalahan atau kelalaian. Rumah Sakit harus membangun sistem untuk menjamin bahwa pelayanan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien sudah tepat sehingga menurunkan angka kejadian tidak diharapkan akibat kesalahan atau kelalaian tersebut (Nursery, Septi, 2021). Sistem Model Asuhan Keperawatan Profesional adalah kerangka kerja sebagai pendukung perawat profesional dalam melaukan asuhan atau tindakan keperawatan. Asuhan ini memberikan rasa tanggung jawab perawat yang lebih tinggi sehingga terjadi kepuasan kerja perawat dan kepuasan pasien (Hasfya et al., 2023).

Tujuan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Adapun tujuan dari Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah:

1. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan
2. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan
3. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan

4. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan
5. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap tim keperawatan (Komang, 2017).

Menurut JCI tahun 2017 dalam (Sumarni & Yuli, 2023), Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) bertujuan untuk menjamin komunikasi yang memadai antara perawat dan tim kesehatan, menjamin asuhan keperawatan yang berkesinambungan, peningkatan keselamatan pasien, dan pelayanan asuhan keperawatan sesuai standar, serta pelayanan berfokus pada pasien dengan standar perawatan dan perawatan pasien.

Karakteristik Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

Karakteristik Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) yaitu:

1. Penetapan Jumlah Tenaga Keperawatan

Pelayanan keperawatan yang bermutu, efektif dan efisien dapat tercapai bila didukung dengan jumlah perawat yang tepat sesuai dengan kebutuhan. Oleh karena itu perencanaan tenaga perawat terutama dalam menentukan jumlah kebutuhan tenaga perlu dilakukan dengan sebaik-baiknya agar dapat diperoleh ketenagaan yang efektif dan efisien. Jumlah tenaga keperawatan ditetapkan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien (Sukardi, 2010).

Silaban & Sitorus dalam (Hasfya et al., 2023) menyampaikan bahwa pemberian asuhan keperawatan dalam satu ruangan sangat dipengaruhi tercukupinya jumlah tenaga keperawatan, ruangan perawatan menentukan berapa banyak tenaga

perawat yang dibutuhkan, karena bila tenaganya kurang menghambat pemberian asuhan keperawatan pada pasien.

2. Penetapan Jenis Tenaga Keperawatan

Pada suatu ruang rawat Model Praktik Keperawatan Profesional, terdapat beberapa jenis tenaga yang memberikan asuhan keperawatan yaitu *Clinical Care Manager* (CCM), Perawat Primer (PP), dan Perawat Asosiet (PA). Selain jenis tenaga tersebut terdapat juga seorang kepala ruang rawat yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan keperawatan di ruang rawat tersebut. Peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tanggungjawab yang jelas dalam sistem pemberian asuhan keperawatan.

3. Penetapan Rencana Standar Asuhan Keperawatan

Standar rencana asuhan keperawatan perlu ditetapkan, karena berdasarkan hasil observasi, penulisan rencana asuhan keperawatan sangat menyita waktu karena fenomena keperawatan mencakup 14 kebutuhan dasar manusia (Potter & Perry, 1997). Pada Model Praktik Keperawatan Profesional digunakan metode modifikasi keperawatan primer, sehingga terdapat satu orang perawat profesional yang disebut perawat primer yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas asuhan keperawatan yang diberikan. Disamping itu, terdapat *Clinical Care Manager* (CCM) yang mengarahkan dan membimbing PP dalam memberikan asuhan keperawatan CCM diharapkan akan menjadi peran Ners spesialis pada masa yang akan datang (Komang, 2017).

Empat Pilar Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

1. Pilar 1 : Pendekatan Keperawatan Manajemen

a. Perencanaan

Kegiatan perencanaan dalam praktik keperawatan profesional merupakan upaya untuk meningkatkan profesionalisme dalam pelayanan keperawatan sehingga mutu pelayanan bukan saja dapat dipertahankan tetapi juga dapat terus meningkat sampai tercapai derajat tertinggi bagi penerima jasa pelayanan itu sendiri.

Jenis perencanaan dalam model praktik keperawatan profesional terdiri dari panjang adalah perencanaan strategis yang disusun untuk 5 hingga 10 tahun kedepan. Rencana jangka menengah disusun untuk kurun waktu 1 hingga 5 tahun kedepan sedangkan rencana jangka pendek disusun untuk kurun waktu 1 jam hingga 1 tahun. Kegiatan perencanaan yang dilakukan dalam ruangan MPKP meliputi perumusan visi, misi, filosofi dan kebijakan. Selain itu, untuk jenis perencanaan yang diterapkan adalah rencana jangka pendek yang meliputi rencana kegiatan harian, bulanan dan tahunan.

1) Rencana Jangka Pendek

Rencana jangka pendek yang diterapkan dalam ruangan MPKP meliputi rencana harian, bulanan dan tahunan. Rencana harian adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat (kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana) sesuai dengan perannya dan dibuat untuk setiap jadwal dinas. Isi dari kegiatan tersebut disesuaikan dengan peran

dan fungsi perawat. Rencana harian dibuat sebelum operan jaga dilakukan dan dilengkapi lagi saat dilakukan operan dan *pre conference*.

Rencana harian kepala ruangan meliputi asuhan keperawatan, supervisi ketua tim dan perawat pelaksana serta melakukan supervisi terhadap tenaga selain perawat dan melakukan kerjasama dengan unit lain yang terkait. Sedangkan rencana harian ketua tim meliputi penyelenggaraan asuhan keperawatan pasien oleh tim yang menjadi tanggung jawabnya, melakukan supervisi perawat pelaksana, berkolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain serta alokasi pasien sesuai dengan perawat yang berdinan. Rencana harian perawat pelaksana berisi tindakan keperawatan untuk sejumlah pasien yang dirawat pada jadwal dinasnya.

2) Rencana Jangka Menengah

Rencana bulanan merupakan rencana tindak lanjut yang dibuat oleh kepala ruangan dan ketua tim. Rencana bulanan yang dibuat oleh kepala ruangan adalah melakukan evaluasi hasil keempat pilar MPKP pada akhir bulan dan berdasarkan evaluasi tersebut kepala ruangan akan membuat rencana tindak lanjut untuk meningkatkan kualitas hasil. Kegiatan yang mencakup rencana bulanan kepala ruangan adalah membuat jadwal dan memimpin *case conference*, membuat jadwal dan memimpin pendidikan kesehatan untuk kelompok keluarga, membuat jadwal dinas,

membuat jadwal petugas untuk terapi aktivitas kelompok (TAK), membuat jadwal dan memimpin rapat tim kesehatan, membuat jadwal supervisi dan penilaian kinerja ketua tim serta perawat pelaksana, melakukan audit dokumentasi dan membuat laporan bulanan.

Sedangkan rencana bulanan yang dilakukan ketua tim adalah melakukan evaluasi tentang keberhasilan kegiatan yang dilakukan oleh timnya. Kegiatan rencana bulanan ketua tim meliputi mempresentasikan kasus dalam *case conference*, memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga serta melakukan supervisi perawat pelaksana.

3) Rencana Jangka Panjang

Rencana tahunan hanya dilakukan oleh kepala ruangan yaitu dengan melakukan evaluasi kegiatan di dalam ruangan MPKP selama satu tahun dan menjadikannya acuan rencana tindak lanjut dan penyusunan rencana tahunan berikutnya. Rencana kegiatan tahunan yang dilakukan oleh kepala ruangan MPKP adalah membuat laporan tahunan yang berisi tentang kinerja MPKP baik proses kegiatan empat pilar MPKP serta evaluasi mutu pelayanan, melaksanakan rotasi tim, melakukan pembinaan terkait dengan materi MPKP khusus kegiatan yang memiliki pencapaian rendah dan hal ini bertujuan untuk mempertahankan kinerja yang telah dicapai MPKP bahkan meningkatkan di masa mendatang. Hal lain yang dilakukan adalah kepala ruangan melakukan pengembangan sumber daya

manusia dalam bentuk rekomendasi peningkatan jenjang karier perawat, rekomendasi untuk melanjutkan pendidikan formal dan membuat jadwal perawat untuk mengikuti pelatihan. Perencanaan jangka panjang juga membahas ketenagaan yang dibutuhkan di ruang MPKP (Komang, 2017).

b. Pengorganisasian

Bentuk pengorganisasian dalam ruangan MPKP meliputi penyusunan struktur organisasi, daftar dinas ruangan dan daftar pasien. Penyusunan struktur organisasi dibuat untuk menunjukkan adanya pembagian kerja. Selain itu struktur organisasi dibuat guna menunjukkan spesialisasi pekerjaan di dalam ruangan MPKP.

1) Metode Penugasan

Nursalam (2014) menyebutkan bahwa terdapat lima metode pemberian asuhan keperawatan profesional yang sudah ada dan akan terus dikembangkan di masa depan dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan.

a) Metode tim

Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu.

b) Metode primer

Metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Medorong praktik kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus-menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan, dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat.

c) Metode kasus.

Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat/pribadi dalam memberikan asuhan keperawatan khusus seperti kasus isolasi dan intensive care.

d) Modifikasi: Metode tim-primer

Metode Tim dan Primer digunakan secara kombinasi dari kedua sistem.

2) Membuat Jadwal Dinas dan Daftar Pasien

Daftar dinas ruangan mencakup jadwal dinas, nama perawat yang bertugas dan nama perawat yang bertanggung jawab dalam jadwal dinas tersebut. Daftar dinas disusun berdasarkan tim dan dibuat untuk kurun waktu 1 minggu. Hal ini mempermudah perawat untuk mempersiapkan dan mengetahui tugas yang akan dilakukannya. Setiap tim memiliki anggota yang berdinas pagi, sore dan malam serta yang lepas dinas atau libur. Daftar pasien berisi informasi tentang nama pasien, nama dokter yang merawatnya, nama perawat ketua tim, nama perawat pelaksana yang bertanggung jawab terhadap pasien yang bersangkutan serta alokasi perawat saat menjalankan dinas pada setiap jadwal jaga. Daftar pasien adalah daftar nama sejumlah pasien yang menjadi tanggung jawab tiap tim selama 24 jam.

Setiap pasien dalam ruangan MPKP memiliki perawat pada setiap jadwal dinas yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut selama dirawat, sehingga terwujud perawatan pasien yang holistik. Daftar pasien juga memberikan informasi kepada kolega kesehatan lain dan keluarga agar dapat berkolaborasi tentang perkembangan dan perawatan pasien. Daftar pasien diruangan diisi oleh ketua tim yang bersangkutan sebelum operan dinas pagi ke dinas sore. Alokasi pasien terhadap perawat yang berdinas pagi, sore atau

malam dilakukan oleh ketua tim berdasarkan jadwal dinas (Komang, 2017).

c. Pengarahan

Pengarahan atau *directing* adalah suatu usaha untuk penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Ada beberapa hal yang perlu dilakukan dalam pengarahan dalam ruangan MPKP yaitu menciptakan budaya motivasi, melakukan komunikasi efektif pada operan antar jadwal dinas, *pre conference* dan *post conference*, manajemen konflik, supervisi serta pendelegasian. Di dalam ruangan MPKP penciptaan iklim motivasi diterapkan dengan beberapa cara, diantaranya adalah:

- 1) Pemberian *reinforcement positif* yaitu menguatkan perilaku positif dengan memberikan *reward*. *Reward* yang dimaksud adalah membudayakan dalam tim untuk membudayakan pemberian pujian yang tulus antar karyawan.
- 2) Melakukan doa bersama sebelum memulai kegiatan yang dilakukan setiap pergantian dinas. Hal ini bertujuan agar timbul kesadaran diri dan dorongan spiritual.
- 3) Membantu mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah setiap personil dengan cara kepala ruangan mampu untuk berkomunikasi intensif dengan semua staf baik ketua tim maupun perawat pelaksana untuk mempererat hubungan.

- 4) Melakukan pengembangan jenjang karier dan kompetensi para staf.
- 5) Melakukan sistem *reward* yang adil sesuai dengan kinerja yang telah dilakukan staf. Seperti dalam semua organisasi, maka komunikasi juga berperan penting dalam penerapan MPKP di dalam ruangan perawatan. Komunikasi yang tidak akan membawa dampak yang tidak baik pula untuk kelangsungan organisasi dalam mencapai tujuan. Komunikasi adalah tukar menukar pikiran, perasaan, pendapat dan saran yang terjadi antar dua manusia atau lebih yang bekerja sama. Terdapat beberapa bentuk komunikasi di dalam ruangan MPKP yaitu operan, *pre conference* dan *post conference*.

Adapun kegiatan yang termasuk dalam pengarahan adalah:

a) Timbang Terima

Menurut (Nursalam, 2014) definisi timbang terima adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien. Timbang terima merupakan kegiatan yang harus dilakukan sebelum pergantian dinas. Selain laporan antar dinas, dapat disampaikan juga informasi yang berkaitan dengan rencana kegiatan yang telah atau belum dilaksanakan. Adapun tujuan dilaksanakan timbang terima adalah :

- 1) Menyampaikan kondisi atau keadaan pasien secara umum.

- 2) Menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindaklanjuti oleh dinas berikutnya.
 - 3) Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya.
- b) Komunikasi SBAR

Menurut Yasminah dalam (Komang, 2017) pembagian komunikasi SBAR adalah memuat informasi pasien tentang *Situation*, *Background*, *Assessment* dan *Recommendation*. Adapun penjelasan dari masing-masing bagian tersebut adalah:

1) Situation

Adalah situasi yang menggambarkan kondisi pasien sehingga perlu dilaporkan dan disini juga mengandung informasi tentang identitas pasien, masalah yang terjadi saat ini dan diagnosa medis. Misalnya: nama lengkap, umur, jenis kelamin, alamat, keluhan sesak dan gelisah, diagnosa asma berat dan lain lain.

2) Background

Adalah gambaran riwayat/hal berhubungan dengan kondisi atau masalah pasien saat ini, misalnya:

- (a) Riwayat alergi
- (b) Riwayat penyakit sebelumnya
- (c) Riwayat tindakan medis/keperawatan yang sudah dibersihkan
- (d) Riwayat pengobatan
- (e) Tanda vital sebelumnya
- (f) Pemeriksaan penunjang

3) Assesment

Adalah gambaran dari analisa terhadap gambaran situasi seperti gambaran masalah yang terjadi saat ini apakah sudah membaik atau memburuk. Misalnya: “sepertinya klien mengalami emboli paru”.

4) Recommendation

Adalah usulan tentang alternatif tindakan apa yang akan dilakukan, kapan dilakukan dan dimana dilakukan.

Misalnya: (a) Tindakan apa yang akan dilakukan pada klien ini; (b) Kapan dilakukan tindakan tersebut; (c) Dimana dilakukan tindakan tersebut. Ada beberapa keuntungan dalam penggunaan komunikasi SBAR diantaranya adalah:

- (a) Menunjukkan kekuatan perawat dalam melakukan komunikasi efektif.
- (b) Memperbaiki komunikasi sama artinya memperbaiki keamanan pasien.
- (c) Komunikasi efektif akan menghasilkan analisa kerja yang baik karena perawat sangat mengetahui kondisi pasien.

c) Supervisi

Supervisi adalah suatu proses memfasilitasi sumber-sumber yang diperlukan staf untuk menyelesaikan tugas-tugasnya (Swansburg, 2000). Azwar (1996) menambahkan bahwa supervisi adalah upaya pengamatan secara

langsung dan berkala yang dilakukan oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan dan memberi petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung untuk penyelesaian masalah. Berdasarkan pengertian diatas tersebut dapat dikatakan bahwa supervisi merupakan salah satu cara yang ampuh untuk mencapai tujuan organisasi termasuk tujuan pelayanan kesehatan atau keperawatan dengan baik.

d) Pre Conference

Pre confrence adalah komunikasi yang dilakukan antara ketua tim dan perawat pelaksana yang dilakukan setelah perawat-perawat dalam ruangan MPKP melakukan operan. *Preconference* membahas tentang rencana kegiatan perawat dalam jadwaldinas tersebut termasuk didalamnya adalah rencana masing-masing perawat (rencana harian) dan rencana tambahan dari ketua tim.

e) Post Conference

Post conference adalah komunikasi antara ketua tim dan perawat pelaksana yang membahas hasil-hasil kegiatan sepanjang jadwal dinas dan dilakukan sebelum dilakukannya operan kepada jadwal dinas berikutnya. Dalam *post conference* dibicarakan juga hasil dari asuhan keperawatan dari masing-masing perawat pelaksana dan hal-hal penting apa yang akan disampaikan pada saat operan sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan.

f) Manajemen Konflik

Pada sebuah organisasi, konflik sangat mungkin terjadi antar individu yang bekerja di suatu tempat yang sama. Konflik ini terjadi karena sekumpulan orang memiliki latar belakang, sifat, karakter dan cara pandang yang berbeda. Ruang MPKP pun tidak terbebas dari konflik karena alasan-alasan tersebut. Penanganan konflik dapat berupa melakukan kompetisi atau bersaing, berkolaborasi, menghindar, akomodasi atau berkompromi.

Tetapi penyelesaian konflik yang dianjurkan adalah dengan melakukan kolaborasi, karena cara ini dapat untuk memuaskan kedua belah pihak yang sedang mengalami konflik. Pihak yang sedang mengalami konflik didorong untuk menyelesaikan masalah yang mereka hadapi dengan jalan mencari atau menemukan persamaan kepentingan sehingga tidak ada salah satu pihak pun yang merasa dirugikan (Komang, 2017).

g) Pendelegasian

Menurut (Nursalam, 2014) Pendelegasian dapat diartikan sebagai penyelesaian suatu pekerjaan melalui orang lain, atau pemberian tugas kepada seseorang atau kelompok dalam menyelesaikan tujuan organisasi. Pendelegasian dalam ruang MPKP dilaksanakan dalam bentuk pendelegasian kepala ruangan kepada perawat primer atau ketua tim, dan perawat primer atau ketua tim kepada perawat pelaksana atau perawat *associate*. Mekanisme pendelegasian ini

adalah pelimpahan tugas dan wewenang, dan dilakukan secara berjenjang. Dalam penerapannya, pendelegasian terbagi atas pendelegasian terencana dan pendelegasian insidental (sewaktu-waktu). Pendelegasian terencana adalah pendelegasian yang secara otomatis terjadi sebagai konsekuensi sistem penugasan yang diterapkan di ruang MPKP. Sedangkan pendelegasian insidental terjadi jika salah satu personel dalam ruangan MPKP berhalangan hadir. Beberapa prinsip yang dilakukan di dalam ruangan MPKP untuk pendelegasian adalah sebagai berikut:

- (1) Pada pendelegasian tugas yang terencana harus menggunakan format pendelegasian tugas dan uraian tugas harus jelas dan terinci baik secara verbal maupun tulisan.
- (2) Personil yang menerima pendelegasian tugas harus personil yang memiliki kompetensi dan setara dengan kemampuan yang digantikan tugasnya.
- (3) Pejabat yang mengatur pendelegasian wajib mamantau pelaksanaan tugas dan bersedia menjadi rujukan jika ditemukan adanya kesulitan dalam pelaksanaannya.
- (4) Setelah pendelegasian selesai, maka dilakukan serah terima tugas yang sudah dilaksanakan beserta hasilnya.

d. Pengendalian

Pengendalian adalah proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin

bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya. Fayol (1998) mendefinisikan pengendalian sebagai pemeriksaan mengenai apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, dan prinsip yang telah ditentukan yang bertujuan menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi. Langkah-langkah yang dilakukan dalam pengendalian meliputi penetapan standar dan metode pengukuran prestasi kerja, melakukan pengukuran prestasi kerja, menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar serta mengambil tindakan korektif. Pengendalian atau *controlling* meliputi pengendalian dalam indikator mutu umum, kondisi pasien dan kondisi sumber daya manusia (SDM). Dalam indikator mutu umum maka harus diperhatikan angka untuk *Bed Occupancy Ratio* (BOR), *Average Length of Stay* (ALOS), *turn over interval* (TOI) dan angka terjadinya infeksi nosocomial serta memperhatikan mutu dari enam sasaran keselamatan pasien (6 SKP). Keselamatan pasien menjadi isu terkini karena makin meningkatnya kejadian tidak diharapkan (KTD) atau adverse event. Insiden keselamatan pasien di rumah sakit akan memberikan dampak yang merugikan bagi pihak rumah sakit, staf dan pasien pada khususnya karena sebagai penerima pelayanan (Nursery, Septi, 2018).

2. Pilar 2: Sistem Penghargaan

Proses ini meliputi rekrutmen, seleksi, orientasi, penilaian kinerja dan pengembangan staf. Dalam proses rekrutmen hal yang harus diperhatikan adalah

menyepakati level MPKP yang akan didirikan dan prioritas ruangnya. Dalam hal penyeleksian maka dilakukan telaah dokumentasi, tes tertulis untuk semua pilar MPKP, tes wawancara kepada perawat dan dilakukan presentasi visi, misi, dan kegiatan oleh calon kepala ruangan.

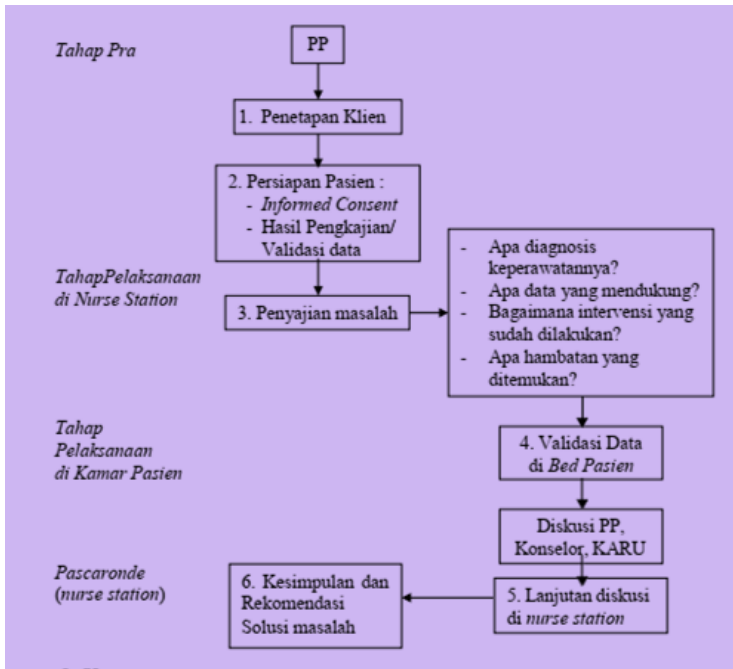
3. Pilar 3: Hubungan Profesional

Profesional relationships didefinisikan sebagai hubungan antara tim pemberi layanan kesehatan (Gillies, 1994). Hubungan ini meliputi komunikasi profesional, bekerja sama secara tim dan kemampuan dalam memimpin. Di dalam ruangan MPKP hubungan profesional tersebut diwujudkan dalam rapat tim keperawatan yang dilakukan minimal 1 bulan sekali dengan durasi waktu minimal 1 jam dan dilakukan saat pertukaran dinas perawat pagi dengan sore. Hal lain yang dilakukan untuk hubungan profesional ini adalah *case conference* yaitu tim kesehatan membahas salah satu kasus pasien yang terjadi di dalam ruangan MPKP. Rapat tim kesehatan yang dilakukan antara dokter ruangan, kepala ruangan serta ketua tim adalah sebagai salah satu alat terjalannya hubungan profesional yang lebih baik.

Ronde Keperawatan

Adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien yang dilaksanakan oleh perawat disamping melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan. Pada kasus tertentu harus dilakukan oleh Perawat Primer dan atau Konselor, Kepala Ruangan, Perawat *Associate* yang perlu juga melibatkan seluruh anggota tim kesehatan (Nursalam, 2014).

Langkah-langkah ronde keperawatan adalah:



4. Pilar 4: Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan terbagi atas asuhan keperawatan dan *continuity care*. Asuhan keperawatan dilakukan saat pasien masih berada dalam ruangan keperawatan, sedangkan *continuity care* dilakukan saat pasien sudah tidak berada di ruangan keperawatan, seperti di rumah atau di rumah sakit rujukan.

a. Dokumentasi Keperawatan

Adalah tindakan keperawatan yang menghasilkan akun tertulis dan/atau elektronik dari data klien terkait, keputusan dan intervensi klinis keperawatan serta respon klien dalam catatan kesehatan (Rahmi, 2022).

b. Sentralisasi Obat

Sentralisasi obat adalah pengolahan obat dimana seluruh obat yang akan diberikan kepada pasien diserahkan pengolahan sepenuhnya oleh perawat (Nursalam, 2014).

c. *Discharge Planning*

Rosya dalam (Zainuddin & Ahmad, 2023) menyatakan *discharge planning* merupakan suatu proses mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya dan harus dimulai sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan.

d. SAK (Standar Asuhan Keperawatan)

Standar Pelayanan Keperawatan merupakan standar dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien sesuai dengan penyakit pasien. Standar Asuhan Keperawatan (SAK) berdasarkan kelompok penyakit: SAK bedah, SAK interna, SAK Anak, SAK kegawatan dan lain-lain. Masing-masing kelompok SAK akan dijabarkan sesuai dengan jenis kasus yang ada di suatu ruangan. Standar administrasi merupakan standar yang berisikan kebijakan-kebijakan dari suatu rumah sakit (Komang, 2017).

Daftar Pustaka

- Azwar (1996). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan Aditama
- Champaca, S. M. (2018). *Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Perawat Dalam Mencegah Adverse Event Di Rumah Sakit*. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, Vol 3 No 2 (2018): *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 1–10.
- Dewi, E. I., Al Ummah, M. B., Iswati, N., Keperawatan, J., & Gombong, S. M. (2013). *Evaluasi Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Di Rumah Sakit Umum Daerah Krt Setjonegoro Wonosobo*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 9(1). <https://ejournal.unimugo.ac.id/JIKK/article/view/93>
- Hasfya, S., Ginting, C. N., & Nasution, A. N. (2023). *Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) terhadap Kepuasan Pelanggan dan Kepuasan Kerja Perawat*. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1303–1311. <https://doi.org/10.31539/JKS.V6I2.5427>
- Nursalam, D. (2014). *Manajemen Keperawatan "Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional"*.
- Nursery, S. M. C., Chrismilasari, L. A., & Mariani, M. (2021). *Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Oleh Perawat Sebelum Pemberian Obat Di Instalasi Rawat Inap Rsud Tamiang Layang*. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 6(1), 67-75.
- Nursery, S. M. C. (2018). *Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Perawat Dalam Mencegah Adverse Event di Rumah Sakit*. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*
- Nyoman, N., Dwi, T., Siauta, V. A., & Taha, M. D. (2023). *Hubungan Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional Terhadap Kepuasan Kerja Perawat Di Rumah Sakit Tora Belo*. *Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu*, 1(September), 73–77.

- Pilar, E., Keperawatan, M., Oleh, P., Menik, K., & Krisnawati, S. (2017). *Empat Pilar Metode Keperawatan Profesional*. Simdos.Unud.Ac.IdKS KrisnawatiUniversitas Udayana: Literatue Review, 2017•simdos.Unud.Ac.Id.
https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/5426925f4d6aaa4250af87c2a50761bd.pdf
- Pratiwi, A., Yani, J. A., Pos, T., & Surakarta, I. P. (1998). *Kajian Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*. *Jurnal Kesehatan ISSN 1979-7621*, 1, 73–80.
- Rahmi, U., & Kep, M. (2022). *Dokumentasi keperawatan*. Bumi Medika.
- Sahmad, S. (2014). *Hubungan Antara Reward, Komitmen, Dan Motivasi Perawat Dalam Pelaksanaan Model Praktek Keperawatan Profesional Di Rumah Sakit Labuangbaji Makassar*. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 6(1), 64–74.
<https://doi.org/10.36990/hijp.v6i1.555>
- Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, P. (n.d.). *Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Kategori Pasien Di Irna Penyakit Dalam Rsu Tugurejo Semarang Tesis Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana S2 Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang*
- Sumarni, T., & Yuli, D. H. (2023). *Peningkatan Pengetahuan Perawat Tentang Pilar-Pilar MPKP Dan Aplikasinya Di RSUD Hj Anna Lasmanah Banjarnegara*. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(4), 217–226. <https://doi.org/10.35960/pimas.v2i4.1271>
- Swansburg, R.C. (2000). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Untuk Perawat Klinis*, Alih Bahasa Suharyati Samba. Jakarta: EGC
- Zainuddin, R., & Ahmad, E. H. (2023). *Hubungan Motivasi Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Stroke*. *Jurnal Madising Na Maupe*, 1(1), 1–9. <https://jurnal.maupe.id/JMM/article/view/12>

Profil Penulis



Septi Machelia Champaca Nursery, S.Kep., Ners., M.Kep.

lahir di Banjarmasin, 1 September 1987 lulusan S1 dan Ners Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKES Suaka Insan Banjarmasin dan S2 Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin bidang kekhususan Manajemen Keperawatan. Jabatan Fungsional Dosen saat ini adalah Lektor (300), dengan status pendidik dosen tersertifikasi. Sekarang menjabat sebagai ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal STIKES Suaka Insan Banjarmasin.

Penulis juga merupakan dosen tetap dan dosen aktif di STIKES Suaka Insan Banjarmasin yang mengajar Mata Kuliah Manajemen Keperawatan dan Manajemen *Patient Safety* serta Keperawatan Menjelang Ajal dan *Palliative Nursing*. Penulis aktif meneliti di bidang Manajemen Keperawatan, Manajemen *Patient Safety* serta Keperawatan Menjelang Ajal dan *Palliative Nursing*. Penulis juga aktif mengikuti pelatihan dan workshop mengenai sistem penjaminan mutu perguruan tinggi dan auditor SPMI, serta pelatihan di bidang keperawatan.

Riwayat penulis dalam Tridharma Pendidikan adalah pernah menjadi penerima hibah penelitian PDP Kemenristekdikbud pada tahun 2023 dan aktif menulis buku sebanyak 5 buku keperawatan. Adapun indeks sinta score overall sebesar 274.

Email Penulis: septi01nursery@gmail.com

MANAJEMEN DAN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)

Ns. Mita, M.Kep.
Universitas Tanjungpura

Pendahuluan

Rumah sakit selalu berupaya meningkatkan Kualitas pelayanan. Salah satu cara yang dilakukan adalah meningkatkan system layanan keperawatan dengan menerapkan model asuhan keperawatan professional yang paling ideal dan cocok untuk rumah sakit tersebut. Beberapa rumah sakit di indonesia telah mengembangkan model asuhan keperawatan professional (MAKP) untuk meningkatkan kualitas layanan keperawatan (Yuntari, dkk, 2018). Kualitas yang baik akan berdampak pada peningkatan kepercayaan konsumen, peningkatan kepuasan kerja, dan meningkatkan eksistensi rumah sakit (Nursalam, 2015).

Pertimbangan Pemilihan Model Asuhan Keperawatan Profesional

Penerapan MAKP di rumah sakit mempertimbangkan beberapa hal antara lain menyesuaikan dengan visi dan misi rumah sakit, yang menjadi dasar utama dalam penentuan model asuhan keperawatan. Pertimbangan

berikutnya adalah Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan adalah unsur penting dalam keberlangsungan asuhan keperawatan pada pasien dan menjadi penentu keberhasilan asuhan keperawatan. Berikutnya adalah mempertimbangkan apakah model asuhan keperawatan akan menunjang kepuasan pasien, keluarga dan Masyarakat. Selain kepuasan pasien, kepuasan perawat dan kinerja perawat juga menjadi pertimbangan dalam pemilihan model asuhan keperawatan profesional, MAKP yang digunakan dapat meningkatkan motivasi bukan menambah beban kerja dan frustrasi perawat, dengan MAKP yang diterapkan akan meningkatkan komunikasi yang adekuat antar perawat. Dan pertimbangan penting dalam pemilihan model Asuhan keperawatan Profesional adalah penggunaan biaya yang efektif dan efisien (Nursalam 2015)

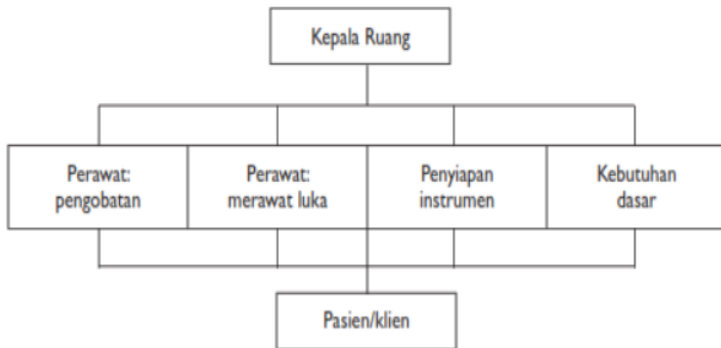
Jenis Model Asuhan Keperawatan Profesional

Ada 5 Model asuhan keperawatan profesional yang diterapkan dalam pelayannya keperawatan. Model ini terus dikembangkan untuk mampu menghadapi tren masa depan (Nursalam, 2016), Berikut penjelasannya:

1. Model Fungsional (Bukan MAKP)

Model fungsional berfokus pada penyelesaian tugas, dan yang menjadi prioritas utama adalah pemenuhan kebutuhan fisik, tidak bersifat komprehensif pada kebutuhan manusia secara keseluruhan. Misalnya setiap perawat hanya melakukan satu atau dua jenis intervensi keperawatan saja, misalnya perawatan luka, pengobatan, menyiapkan instrument atau kebutuhan dasar seperti memandikan pasien. Sehingga pasien merasa kurang dekat dengan perawat, dan menyebabkan merasa kurang puas terhadap layanan yang diberikan oleh perawat hal ini didukung hasil penelitian Amalia & Lailasari (2020)

yang menyatakan bahwa pasien lebih merasa puas pada perawat yang menerapkan penugasan tim dibandingkan penugasan fungsional. Berikut struktur organisasi Penerapan model asuhan keperawatan fungsional



Figur 18.1 Model asuhan keperawatan fungsional (Nursalam, 2015)

2. MAKP Tim

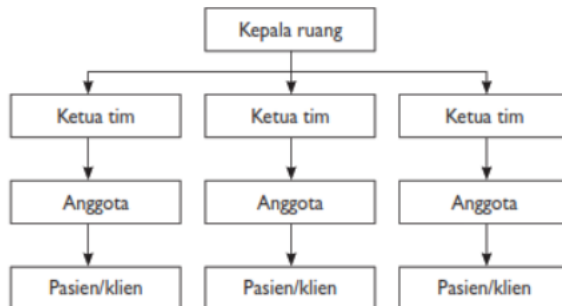
Model Tim merupakan asuhan keperawatan yang diberikan oleh beberapa orang perawat kepada sekelompok pasien. Perawat dibagi menjadi 2 atau 3 tim yang saling membantu dalam memberikan asuhan keperawatan. Pada Model tim ketua tim harus memiliki kemampuan dalam menjalankan kepemimpinannya, pemimpin yang memiliki pengetahuan mengenai perawat profesional dan kemampuan kepemimpinan (Grubaugh dan Flynn, 2018) karena kurangnya pengetahuan dapat mempengaruhi efektifitas pelaksanaan metode tim (Nkosi, 2011).

Hasil penelitian mengatakan bahwa penerapan MAKP tim yang optimal akan tercapai apabila semua anggota tim saling bekerja sama, menghormati, menghargai pimpinan dan melakukan komunikasi dan koordinasi yang pada teman sejawat (Mogopa, 2017). Dalam tim

semua anggota harus memperhatikan komunikasi yang efektif agar menjamin jalannya asuhan keperawatan. Anggota tim juga harus menghargai ketua Tim sebagai pemimpin dalam tim. Selain itu kepala ruang harus mendukung tim karena akan menjadi salah satu factor keberhasilan model tim.

Model tim umumnya digunakan pada ruang rawat inap, namun juga dapat diterapkan di ruang rawat jalan dan unit gawat darurat. Model tim memungkinkan pelayanan keperawatan dapat menyeluruh bagi pasien karena komunikasi antartim dan jika terjadi konflik akan mudah diatasi sehingga memberikan kepuasan kerja (Nursalam, 2015). Dalam studi penelitian menunjukkan semakin baik model tim diterapkan dalam asuhan keperawatan maka akan semakin baik kepuasan kerja perawat (Rupisa, dkk, 2018). Kelebihan lain model Tim adalah mampu memaksimalkan proses keperawatan (Nursalam, 2015).

Selain kelebihan, ada kelemahan yang dapat ditemukan pada MAKP tim yaitu sulit untuk melaksanakan komunikasi antar tim saat sibuk melakukan asuhan keperawatan. Berikut struktur organisasi pelaksanaan model asuhan keperawatan model tim



Figur 18.2 MAKP Tim (Nursalam, 2015)

3. MAKP Kasus

Merupakan model asuhan yang biasanya 1 perawat bertanggung jawab bertugas merawat 1 pasien yang langsung dikepalai oleh kepala ruangan dan siap melayani seluruh kebutuhan pasien selama dinas yang umumnya dilakukan untuk perawat pribadi, biasanya metode ini digunakan di ruang perawatan intensif atau kasus isolasi. Kelebihan dari model ini adalah perawat lebih memahami setiap kasus dan sistem evaluasi manajerial lebih mudah, MAKP Kasus juga dapat memfasilitasi kepuasan pasien atas asuhan keperawatan yang diberikan (Oktavia, Utami, dan Maemunah, 2017) namun memiliki kekurangan seperti belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab dan memerlukan tenaga perawat yang banyak juga memiliki keahlian yang sama (Nursalam, 2015).



Figur 18.3. MAKP Kasus

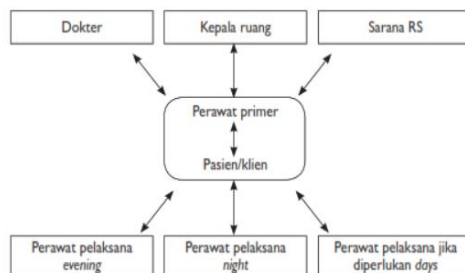
4. MAKP Primer

Model asuhan keperawatan Primer merupakan penugasan pada setiap satu perawat bertanggungjawab penuh dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien selama 24 jam mulai pasien masuk sampai keluar rumah sakit. MAKP primer mendorong praktik mandiri perawat karena perawat membuat rencana asuhan keperawatan dan

melakukan implementasi kepada pasien. Model ini memungkinkan keterkaitan antara perawat dan pasien kuat dan dan berkelanjutan (Nursalam, 2015).

Metode primer lebih berkaitan antara pasien dan perawat primer yang bertugas untuk melakukan asuhan keperawatan dari pengkajian hingga evaluasi selama pasien dirawat yang dibantu oleh perawat lain sebagai asisten. Konsep dari metode ini adalah memiliki tanggung jawab lebih pada pasien, otonomi khususnya perawat primer, dan ketertiban pasien maupun keluarga pasien (Nursalam, 2015).

Metode ini memiliki kelebihan yaitu perawat primer memiliki akuntabilitas pada asuhan keperawatan untuk pengembangan diri, kepuasan pasien dengan terpenuhinya kebutuhan individu, bersifat kontinuitas dan komprehensif (Nursalam, 2015). Namun dalam hasil penelitian lain menunjukkan bahwa model ini dapat meningkatkan layanan keperawatan dan otonomi perawat, tetapi tidak berdampak pada kepuasan kerja (Mattila, et al, 2014). Kelemahan dari model primer yaitu rumah sakit hanya bisa menerapkan model ini Ketika sudah mempunyai perawat-perawat yang professional profesional yang memiliki pengalaman, sikap, pengetahuan, dan keterampilan klinik yang memadai (Nursalam, 2015).



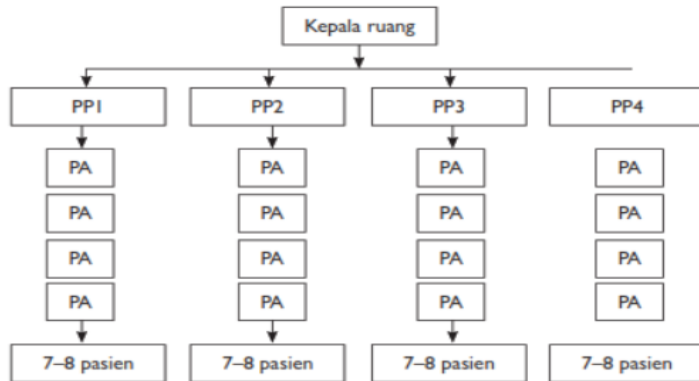
Figur 18.4 MAKP Primer

5. MAKP Moduler (Primer-Tim)

Model ini menggabungkan 2 Model yaitu model tim dan model primer yang berdasarkan beberapa alasan yaitu di rumah sakit memiliki perawat dengan sebagian besar lulusan D-3 sedangkan perawat primer harus memiliki pendidikan S-1 Keperawatan dan Ners. Begitu pula Model Tim tidak dapat diterapkan secara murni, karena tanggungjawab asuhan keperawatan pasien menjadi terpisah di beberapa tim. Model tim dan primer tidak digunakan secara murni melalui kombinasi kedua model ini diharapkan dapat meningkatkan akuntabilitas dan kontinuitas asuhan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan kegiatan yang menunjang asuhan keperawat pada model moduler ini berjalan dengan baik, seperti pelaksanaan timbang terima, preconference dan postconference, sentralisasi obat, discharge planning dan dokumentasi keprawatan namun beberapa aktivitas lain masih dianggap kurang seperti pelaksanaan Ronde keperawatan (Andung, 2015). Bagi perawat metode ini mampu meningkatkan kepuasan kerja, sehingga dapat dikatakan selain berdampak baik bagi pasien model moduler ini juga jika dilaksanakn dengan baik akan meningkatkan kepuasan kerja perawat (Maemunah. Dkk, 2021).

Model modifikasi ini dipimpin kepala ruangan yang membawahi 1 atau lebih perawat primer dengan setiap perawat primer dibantu oleh perawat asosiet untuk menangani pasien (Nursalam, 2015). Adapun struktur organisasi pelaksanaan model moduler Tim-Primer adalah sebagai berikut:



Figur 18.5 MAKP Moduler

Langkah Pengelolaan MAKP

Penerapan MAKP dilakukan melalui beberapa langkah yaitu

1. Pengumpulan data. Pada tahap ini akan dikumpulkan data mulai dari Sumber daya manusia yakni ketenagaan, sarana dan prasarana, metode asuhan keperawatan berkaitan dengan pelaksanaan timbang terima, sentralisasi obat, ronde keperawatan, supervisi, penerimaan pasien baru, discharge planning, dan dokumentasi keperawatan. Selain itu juga mengumpulkan data berkaitan dengan keuangan seperti pemasukan dan RAB. dan terakhir mengumpulkan data tentang mutu atau kualitas pelayanan keperawatan, seperti keselamatan pasien, kepuasan pasien maupun kepuasan kerja perawat, dan lama rawat inap.
2. Analisis SWOT. Langkah selanjutnya yang dilakukan setelah mengumpulkan data adalah melakukan Analisa SWOT untuk Menyusun perencanaan strategis. Perencanaan strategis dipengaruhi oleh tiga factor yaitu factor manajerial, factor lingkungan dan factor organisasi.

3. Identifikasi masalah. Mengidentifikasi masalah yang ditemukan saat mengumpulkan data berkaitan dengan masalah yang ditemukan pada setiap kajian seperti ketenagaan, jumlah perawat dan pembagian tugas yang belum jelas. Dan mengidentifikasi masing-masing penyebab dari masalah tersebut. Dalam menentukan masalah dapat menggunakan cara C-A-R-L. yakni mempertimbangkan 4 aspek: *Capability* (Kemampuan/kompetensi), *Accessibility* (Akses, keterjangkauan), *Relevancy* (sesuai dengan kebutuhan dan urgensi), *legality* (berdasarkan Peraturan yang berlaku).
4. Menyusun Rencana. Tahap terakhir dalam Langkah pengelolaan model asuhan keperawatan adalah Menyusun rencana MAKP. Mulai dari struktur organisasi dan pembagian peran seperti kepala ruangan, perawat primer dan perawat associate. Kegiatan dalam MAKP seperti discharge planning, timbang terima, supervisi, sentralisasi obat, ronde keperawatan dan dokumentasi keperawatan.
5. Pelaksanaan. Langkah yang dilakukan selanjutnya adalah pelaksanaan MAKP yang telah direncanakan sebelumnya
6. Evaluasi. Adapun tahap terakhir adalah mengevaluasi pelaksanaan mulai dari evaluasi struktur, evaluasi proses dan evaluasi hasil.

Faktor yang Berhubungan dengan Model Asuhan Keperawatan Profesional

Ada beberapa faktor yang berhubungan dengan penggunaan model asuhan keperawatan Profesional antara lain adalah.

1. Kualitas pelayanan keperawatan

Banyak kualitas yang dapat dilihat pada pelayanan keperawatan seperti, meningkatkan asuhan keperawatan kepada pasien, memberi keuntungan untuk rumah sakit, mempertahankan eksistensi rumah sakit, meningkatkan kepuasan kerja perawat, meningkatkan kepercayaan pasien, menjalankan program sesuai standar (Nursalam, 2015). Pada penelitian Firmanto, Akmal, dan Kadir (2013) berjudul “perbandingan mpkp dengan non mpkp terhadap mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD H. Andi Sulthan DG. Radja Bulukumba” menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi responden pada kualitas pelayanan perawat ialah persepsi pada kemampuan perawat, daya tanggap perawat, jaminan pelayanan, wujud asuhan keperawatan, dan empati perawat.

2. Standar praktik keperawatan

Standar praktik keperawatan di Indonesia diatur oleh PPNI (2005) yaitu, menghargai hak pasien, penerimaan sewaktu pasien masuk rumah sakit, observasi pasien, pemenuhan kebutuhan nutrisi, asuhan pada tindakan nonoperatif, administrasi, operasi dan prosedur invasif, pendidikan pada pasien dan keluarga, pemberian asuhan yang berkesiambungan.

3. Model praktik keperawatan

Beberapa praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat seperti memberikan praktik keperawatan di rumah sakit, rumah, praktik keperawatan secara berkelompok, dan atau praktik keperawatan secara individu. Perawat memiliki model atau metode yang berbeda-beda tergantung dari kemampuan, wewenang, dan ruang lingkupnya (Nursalam, 2015).

a. praktik keperawatan rumah sakit, perawat profesional memiliki tanggung jawab lebih dalam melakukan praktik keperawatan di rumah sakit dengan keahliannya. Hal ini menjadikan perlunya pengembangan praktik keperawatan profesional terutama dalam prosedur registrasi dan legislasi keperawatan

b. Praktik keperawatan dirumah

Bentuk praktik keperawatan rumah diletakkan sebagai lanjutan pelaksanapelayan dirumah sakit. kegiatan ini dilakukan oleh professional rumah sakit, atau perwat professional yang melakukan praktik berkelompok.

c. Praktik keperawatan berkelompok

Bentuk praktik keperawatan ini dapat mengatasi berbagai masalah yang dihadapi oleh Masyarakat. Dan simasa mendatang bentuk praktik ini akan dibutuhkan

d. Praktik keperawatan individual

Pola pendekatan praktik individual hamper sama dengan praktik keperawatan rumah sakit. perawat professional akan mebuca praktik dalam waktu tertentu untuk memberikan suhan keperawatan. Seperti konsultasi yang dibutuhkan oleh Masyarakat. Praktik keperawatan ini akan sangat membantu Masyarakat terutama untuk masyarakat terpencil yang jauh dari aksen fasilitas pelayanan Kesehatan.

Daftar Pustaka

- Amalia, A & Lailasari, A. (2020). Perbedaan Metode Penugasan Tim dan Penugasan fungsional pemberian asuhan keperawatan. *Babul Ilmi: Jurnal Ilmiah Multi Science kesehatan*. Vol 12 No 1
- Grubaugh, M. L., & Flynn, L. (2018). Relationships Among Nurse Manager Leadership Skills, Conflict Management, and Unit Teamwork. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, Vol. 48, No. 8, pp 383-388. doi:10.1097/NNA.0000000000000633
- Firmanto, A., Akmal, A., & Kadir, A. (2013). Perbandingan penerapan MPKP dengan Non MPKP terhadap mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD H. Andi Sulthan DG. Radja Bulukumba. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, Vol. 3 no 2, <http://www.ejournal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/535/415>
- Maemunah, N., Sutriningsih, A., & Rahayu, T. S. (2021). Hubungan Makp Primer Modifikasi Dengan Kepuasan Kerja Perawat Rumah Sakit Panti Nirmala Malang. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 9(2), 365-375.
- Maria, B. H. (2017). *Manajemen keperawatan konsep dan aplikasi dalam praktek keperawatan profesional*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Mattila, E., Pitkanen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A., & Aalto, P. (2014). The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review. *Journal of Nursing & Care*, Vol. 3, Issue 6, 1-12. doi:10.4172/2167-1168.1000205
- Mogopa, C. P., Pondaag, L., & Hamel, R. (2017). Hubungan Penerapan Metode Tim dengan Kinerja Perawat Pelaksana di IRINA C RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 5(1).
- Nkosi, L. J. (2011). The exploration of the effective use of team nursing amongst professional nurses in Dr George Mukhari Hospital. *Doctoral dissertation, University of Limpopo*. <http://hdl.handle.net/10386/443>

- Nursalam. (2015). *Manajemen keperawatan (aplikasi dalam praktik keperawatan profesional) Edisi 5*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktavia, K.W., Utami, N. W., & Maemunah, N. (2017). Hubungan Pelaksanaan MAKP Kasus dengan kepuasan Pasien di instalasi rawat intensif (IRI) RS Panti Waluya sawahan Malang. *Nursing News*, Vol. 2, No 3. 759-769
- Rupisa, Mudayatiningsih, S., & Rosdiana, Y. (2018). Hubungan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim Dengan Tingkat Kepuasan Kerja Perawat di Rumah Sakit Panti Waluya (RKZ) Malang. *Nursing News*, Vol. 3, No. 1, 287-300.
- Yuntari, G. A., Januraga, P. P., & Suarjana, I. K. (2018). Perception of nursing staff towards the application of Professional Nursing Care Model and job satisfaction at Sanjiwani Hospital, Gianyar. *Public Health and Preventive Medicine Archive Journal*, Vol. 6, No. 1, 68-72. doi:10.15562/phpma.v6i1.12

Profil Penulis



Mita, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis lahir di Buton Tengah, 3 Januari 1989, merupakan anak kedua dari lima bersaudara. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke jurusan keperawatan universitas Islam negeri Alauddin makassar. Menyelesaikan studi S1 pada tahun 2011 dan lanjut profesi Ners pada tahun 2012.

Penulis melanjutkan Pendidikan magister keperawatan di universitas Hasanuddin Makassar, pada peminatan Manajemen keperawatan. Menyelesaikan studi pada tahun 2017. Penulis memulai karir menjadi dosen disalah satu kampus swasta di Sulkawesi Tenggara pada tahun 2014. Saat ini Penulis aktif sebagai dosen di program studi keperawatan universitas Tanjungpura sejak tahun 2018 sampai sekarang. Penulis aktif menjalankan tridarma perguruan tinggi baik pengajaran, penelitian dan pengabdian pada Masyarakat. Penulis juga aktif melakukan publikasi penelitian dan pengabdian sejak tahun 2019. Penulis mengampuh matakuliah Pemenuhan kebutuhan dasar Manusia, Keterampilan dasar dalam keperawatan Promosi kesehatan, dan Manajemen keperawatan dan mata kuliah interprofesional education dan interprofessional collaboration antar profesi yang ada di Fakultas kedokteran.

Email Penulis: mita@ners.untan.ac.id

REGISTRASI PRAKTIK PERAWAT DAN JENJANG KARIER PROFESIONAL KEPERAWATAN

Kori Limbong, S.Kep., Ns., M.Kep.
Poltekkes Kemenkes Kupang

Pendahuluan

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Salah satu profesi yang masuk dalam kategori tenaga Tenaga Kesehatan sesuai pengertian di atas adalah perawat (UU No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023), (Kementerian Kesehatan RI, 2019), (Kementerian Kesehatan, 2019).

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Perawat Vokasi adalah Perawat lulusan pendidikan vokasi Keperawatan paling rendah program Diploma Tiga Keperawatan.

Perawat Profesi adalah Perawat lulusan pendidikan profesi Keperawatan yang merupakan program profesi Keperawatan dan program spesialis Keperawatan.

Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan.

Untuk keamanan dalam memberikan pelayanan maka Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan mengikuti adaptasi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memiliki STR dan SIP (Kementerian Kesehatan, 2019),

Registrasi dan Lisensi Perawat

1. Registrasi

a. Pengertian

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 83 Tahun 2019 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan, 2019) registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Tenaga Kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lain serta mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan praktik. Perawat wajib memiliki STR dan SIP perawat dalam melakukan Praktik Keperawatan.

Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.

Beberapa poin penting yang perlu diperhatikan terkait STR adalah (UU No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023):

- 1) Untuk memperoleh STR perawat perawat harus memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi dan persyaratan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) STR diterbitkan oleh Konsil atas nama Menteri setelah memenuhi persyaratan.
- 3) Masa STR berlaku seumur hidup
- 4) Setiap tenaga medis atau tenaga kesehatan hanya boleh memiliki 1 STR
- 5) Dalam hal perubahan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan wajib mengajukan perubahan STR
- 6) STR tidak berlaku apabila yang bersangkutan telah meninggal dunia; dinonaktifkan atau dicabut oleh konsil atas nama Menteri dan dicabut berdasarkan putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap (UU no 17 tahun 2023).

b. Proses registrasi

Sebelum melakukan proses registrasi maka perawat perlu mempersiapkan persyaratan terlebih dahulu.

Persyaratan mengurus STR baru adalah sebagai berikut:

- 1) memiliki ijazah pendidikan di bidang Kesehatan dan/atau sertifikat profesi
- 2) memiliki sertifikat kompetensi.
- 3) Pas foto formal terbaru ukuran 4x6 menghadap ke depan, berlatar belakang warna merah, wajah terlihat jelas tanpa

penutup wajah dengan format file jpeg dan ukuran maksimal 200kb

4) Kartu Tanda Penduduk

Persyaratan pembaharuan/perpanjangan STR seumur hidup adalah sebagai berikut:

- 1) STR lama
- 2) Pas foto formal terbaru ukuran 4x6 menghadap ke depan, berlatar belakang warna merah, wajah terlihat jelas tanpa penutup wajah dengan format file jpeg dan ukuran maksimal 200kb

Persyaratan tambahan sesuai arahan Menteri kesehatan adalah nomor rekening dengan tujuan untuk pembayaran remunerasi dan insentif tenaga kesehatan apabila mengikuti program terkait di kementerian kesehatan.

- c. Pendaftaran STR baru/naik/turun level, alih profesi, lulusan RPL dan perbaikan data STR dilakukan melalui link ktki.kemkes.go.id/registrasi sedangkan perpanjangan/pembaharuan STR seumur hidup dilakukan melalui laman satusehat.kemkes.go.id/sdmk

2. Lisensi/Perijinan

a. Pengertian

Menurut (UU No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023), jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan tertentu dalam menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki izin. Izin yang dimaksud diberikan dalam bentuk SIP.

Beberapa poin penting yang perlu diperhatikan terkait SIP adalah:

- 1) SIP diterbitkan oleh Pemerintah Daerah kabupaten / kota tempat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan menjalankan praktiknya.
- 2) Dalam kondisi tertentu, Menteri dapat menerbitkan SIP.
- 3) Dalam rangka penerbitan SIP Pemerintah Pusat melibatkan Pemerintah Daerah kabupaten/kota dalam menetapkan kuota untuk setiap jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dengan memperhatikan kriteria paling sedikit:
 - a) ketersediaan dan persebaran Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada daerah tersebut
 - b) rasio jumlah penduduk dengan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan aktif yang ditetapkan oleh Menteri
 - c) beban kerja Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.
- 4) SIP masih berlaku sepanjang tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam SIP
- 5) SIP berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.
- 6) Tenaga Medis & Nakes WNA: berlaku paling lama 2 tahun & dapat diperpanjang sebanyak 1 kali dan hanya untuk masa berlaku 2 tahun berikutnya, dikecualikan bagi Tenaga Medis dan Nakes WNA yang didayagunakan di Kawasan Ekonomi Khusus.

- 7) Pengelolaan pemenuhan kecukupan satuan kredit profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c dilakukan oleh Menteri.
 - 8) SIP tidak berlaku apabila:
 - a) habis masa berlakunya
 - b) yang bersangkutan meninggal dunia
 - c) STR dicabut atau dinonaktifkan;
 - d) SIP dicabut
 - e) tempat praktik berubah
- b. Persyaratan
- Persyaratan pengurusan SIP baru:
- 1) STR aktif
 - 2) Tempat praktik
- Persyaratan Perpanjangan SIP:
- 1) STR
 - 2) Tempat praktik
 - 3) SIP lama
 - 4) Bukti pemenuhan kecukupan 50 SKP
- c. Proses Pengurusan
- 1) Tenaga kesehatan mengajukan permohonan kepada pemerintah Kabupaten/Kota melalui dinas kesehatan dengan melampirkan semua persyaratan yang ditentukan
 - 2) Mendapatkan rekomendasi
 - 3) Mengajukan penerbitan ijin ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten/Kota tempat bekerja.

3. Sanksi

Menurut (UU No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023),saksi bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan terkait STR dan SIP adalah:

- a. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menyelenggarakan praktik perseorangan wajib identitas yang jelas termasuk nomor SIP dan STR pada tempat praktik perseorangannya.
- b. Dalam hal Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan berpraktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menginformasikan daftar nama, nomor SIP dan STR, serta jadwal praktik Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan
- c. Setiap Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak memiliki STR dan SIP dikenai sanksi administrative berupa:
 - 1) teguran lisan;
 - 2) peringatantertulis;
 - 3) denda administratif; dan/atau
 - 4) pencabutan izin.
- d. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilarang mendayagunakan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang tidak memiliki SIP untuk melakukan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut.
- e. Setiap Orang yang mempekerjakan Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan yang tidak mempunyai SIP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 312 huruf c dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau pidana denda

paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

- f. Setiap Orang yang menggunakan identitas berupa gelar atau bentuk lain yang menimbulkan kesan bagi masyarakat yang bersangkutan adalah Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang telah memiliki STR dan/ atau SIP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 312 huruf a dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- g. Setiap Orang yang menggunakan alat, metode, atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang menimbulkan kesan yang bersangkutan merupakan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang telah memiliki STR dan/ atau SIP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 312 huruf b dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Jenjang Karir Perawat

1. Pengertian

Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2017) Jenjang karir profesional merupakan sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme, sesuai dengan bidang pekerjaan melalui peningkatan kompetensi. Jenjang karir merupakan jalur mobilitas vertikal yang ditempuh melalui peningkatan kompetensi, dimana kompetensi tersebut diperoleh dari pendidikan formal berjenjang,

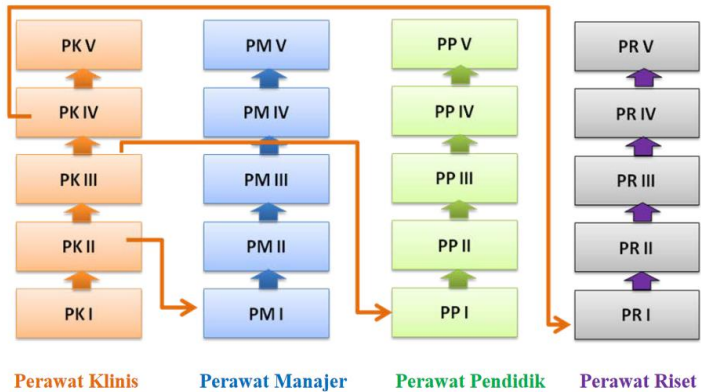
pendidikan informal yang sesuai/relevan maupun pengalaman praktik klinis yang diakui. Dengan arti

lain, jenjang karir merupakan jalur untuk peningkatan peran perawat profesional di sebuah institusi. Dalam penerapannya, jenjang karir memiliki kerangka waktu untuk pergerakan dari satu level ke level lain yang lebih tinggi dan dievaluasi berdasarkan penilaian kinerja.

Pengembangan sistem jenjang karir profesional bagi perawat dapat dibedakan antara tugas pekerjaan (job) dan karir (career). Pekerjaan sebagai perawat diartikan sebagai suatu posisi atau jabatan yang diberikan/ditugaskan, serta ada keterikatan hubungan pertanggung jawaban dan kewenangan antara atasan dan bawahan, dan mendapatkan imbalan penghargaan berupa uang. Karir sebagai perawat diartikan sebagai suatu bidang kerja yang dipilih dan ditekuni oleh individu untuk dapat memenuhi kepuasan kerja individu melalui suatu sistem dan mekanisme peringkat, dan bertujuan untuk meningkatkan keberhasilan pekerjaan (kinerja) sehingga pada akhirnya akan memberikan kontribusi terhadap bidang profesi yang dipilihnya.

2. Level Karir dan Kompetensi

Pengembangan sistem jenjang karir profesional perawat pada pedoman ini ditujukan bagi perawat klinis yang melakukan praktik sebagai pemberi asuhan keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Secara utuh jenjang karir profesional di Indonesia terdiri dari 4 bidang, meliputi Perawat Klinis (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP) dan Perawat Peneliti/Riset (PR). Keempat jalur jenjang karir profesional perawat digambarkan dalam Bagan berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2017).



Pola Jenjang Karir Perawat Profesional

3. Level Karir Perawat di Rumah Sakit

a. Perawat Klinis I

Perawat klinis I adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan dasar dengan penekanan pada keterampilan teknis keperawatan dibawah bimbingan

b. Perawat Klinis II

Perawat klinis II adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan holistik pada klien secara mandiri dan mengelola klien/sekelompok klien secara tim serta memperoleh bimbingan untuk penanganan masalah lanjut/kompleks.

c. Perawat Klinis III

Perawat Klinis III adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan komprehensif pada area spesifik dan mengembangkan pelayanan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah dan melaksanakan pembelajaran klinis.

d. Perawat Klinis IV

Perawat klinis IV adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan pada masalah klien yang kompleks di area spesialisik dengan pendekatan tata Kelola klinis secara interdisiplin, multidisiplin, melakukan riset untuk mengembangkan praktek keperawatan serta mengembangkan pembelajaran klinis.

e. Perawat Klinis V

Perawat klinis V adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan memberikan konsultasi klinis keperawatan pada area spesialisik, melakukan tata kelola klinis secara transdisiplin, melakukan riset klinis untuk pengembangan praktik, profesi dan kependidikan keperawatan.

4. Level Karir Perawat di Pelayanan Primer

Kompetensi perawat di pelayanan primer saat ini difokuskan pada kompetensi perawat komunitas secara umum. Kedepan akan dikembangkan kompetensi

perawat klinis di pelayanan primer menjadi lima sub bidang yang terdiri dari kompetensi perawat komunitas, perawat keluarga, perawat gerontik, perawat kesehatan kerja dan perawat kesehatan sekolah (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

a. Perawat Klinis I

Perawat Klinis I adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan individu dalam konteks keluarga di tatanan pelayanan primer atau di wilayah RW atau Dusun atau setaraannya.

b. Perawat Klinis II

Perawat Klinis II adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan keluarga di wilayah desa atau Kelurahan atau setaraannya.

c. Perawat Klinis III

Perawat klinis III adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan kelompok di komunitas atau di seting khusus (sekolah, industri, panti, LAPAS) di wilayah Kecamatan.

d. Perawat Klinis IV

Perawat klinis IV adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat di wilayah Kabupaten atau Kota.

e. Perawat Klinis V

Perawat klinis V adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan masyarakat dengan masalah kesehatan kompleks di tingkat provinsi.

5. Persyaratan Sistem Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis

a. Pendidikan Formal

1) Perawat Klinis I (PK I)

Perawat Klinis I (Novice) memiliki latar belakang pendidikan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I selama 3 - 6 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I

selama 2 -4 tahun. Perawat Klinis I harus mempunyai sertifikat pra klinis.

2) Perawat Klinis II

Perawat klinis II (Advance Beginner) memiliki latar belakang pendidikan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun dan menjalani masa klinis level II selama 6 - 9 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 3 tahun dan dan menjalani masa klinis level II selama 4 - 7 tahun. Perawat Klinis II harus mempunyai sertifikat PK I.

3) Perawat Klinis III

Perawat klinis III (competent) memiliki latar belakang pendidikan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 10 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 9 - 12 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 7 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 6 - 9 tahun atau Ners Spesialis I dengan pengalaman kerja 0 tahun dan menjalani masa klinis level III selama selama 2 - 4 tahun. Perawat klinis III lulusan D-III Keperawatan dan Ners harus mempunyai sertifikat PK II.

4) Perawat Klinis IV

Perawat klinis IV (Proficient) memiliki latar belakang pendidikan Ners dengan pengalaman kerja ≥ 13 tahun dan menjalani masa klinis level IV selama 9 - 12 tahun atau Ners Spesialis I dengan pengalaman kerja ≥ 2 tahun dan dan menjalani masa klinis level IV selama 6 - 9 tahun. Perawat Klinis IV harus mempunyai sertifikat PK III.

5) Perawat Klinis V

Perawat klinis V (Expert) memiliki latar belakang pendidikan Ners Spesialis I dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun dan mempunyai sertifikat PK IV atau Ners Spesialis II (Konsultan) dengan pengalaman kerja 0 tahun. Perawat klinis V menjalani masa klinis level 5 sampai memasuki usia pensiun.

Lebih ringkas persyaratan sistem jenjang karir perawat sesuai pendidikan formal dilihat dalam bagan berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2017):



b. Pendidikan Berkelanjutan Berbasis Kompetensi (Sertifikasi)

1) Perawat Klinis I (PK I)

Perawat Klinis I (Novice) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I selama 3 - 6 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I selama 2 -4

tahun. Perawat klinis harus mempunyai sertifikat pra klinis.

2) Perawat Klinis II

Perawat klinis II (Advance Beginner) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun dan menjalani masa klinis level II selama 6 - 9 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 3 tahun dan menjalani masa klinis level II selama 4 - 7 tahun. Perawat klinis II harus mempunyai sertifikat PK I.

3) Perawat Klinis III

Perawat klinis III (competent) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 10 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 9 - 12 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 7 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 6 - 9 tahun. Perawat klinis III harus mempunyai sertifikat PK II dan sertifikasi teknikal.

4) Perawat Klinis IV

Perawat klinis IV (Proficient) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 19 tahun dan menjalani masa klinis level IV sampai memasuki masa pensiun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 13 tahun dan menjalani masa klinis level IV selama 9 - 12 tahun. Perawat klinis IV harus mempunyai sertifikat PK III serta sertifikasi teknikal II.

5) Perawat Klinis V

Perawat klinis V (Expert) memiliki latar belakang Ners dengan pengalaman kerja ≥ 22

tahun dan menjalani masa klinis level V sampai memasuki usia pensiun. Perawat klinis V harus mempunyai sertifikat PK IV serta sertifikasi teknikal II

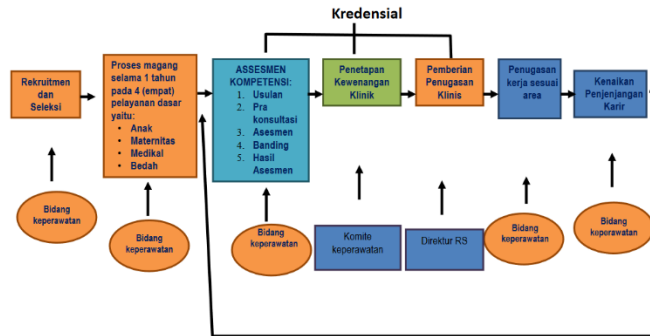


6. Pengelolaan Jenjang Karir Profesional Perawat di Rumah Sakit

Dikutip dari (Kementerian Kesehatan RI, 2017) mekanisme jenjang karir profesional perawat akan menguraikan tentang tahapan yang dilalui oleh perawat klinis sesuai dengan perkembangan karirnya, sebagai perawat baru, perawat lama dan pindah tugas. Perawat baru adalah perawat yang baru lulus pendidikan dan atau baru pertama kali bekerja dengan masa kerja 0-1 tahun dan perawat lama adalah perawat dengan masa kerja lebih dari 1 tahun.

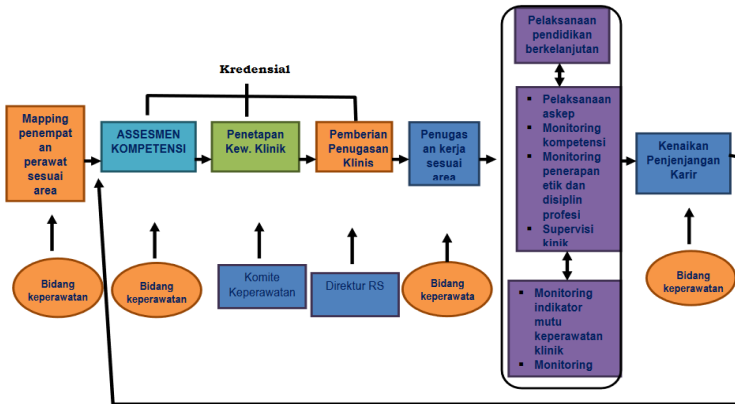
a. Pengelolaan Jenjang Karir Profesional Perawat Baru

Skema implementasi jenjang karir perawat baru dapat dilihat pada bagan berikut:



Tahapan-tahapan sebagai berikut:

- 1) Rekrutmen dan seleksi
 - 2) Orientasi
 - 3) Internship/Magang
 - 4) Kredensial:
 - a) Assesmen Kompetensi
 - b) Penetapan Kewenangan Klinik
 - 5) Praktik di rumah sakit
 - 6) Kenaikan Penjenjangan Karir Klinis
- b. Pengelolaan Jenjang Karir Profesional Perawat Lama
- c. Pengelolaan jenjang karir perawat lama dapat dilihat pada bagan berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2017):



7. Kredensial Perawat Puskesmas

Tahapan kredensial perawat puskesmas dapat dilihat pada bagan berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2020):



Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 40 Tahun 2017 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis* (40).
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 26 Tahun 2019 Tentang Pratik Perawat* (26).
- Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tentang Petunjuk Teknis Kredensial Tenaga Kesehatan Di Puskesmas, Pub. L. No. HK 01.07/I/4719/2020 (2020).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 83 Tahun 2019 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan, Pub. L. No. 83 (2019).
- Undang-Undang Republik Indonesia No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Pub. L. No. 17 (2023).

Profil Penulis



Kori Limbong, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir di Pangala, Toraja Utara, 02 Pebruari 1978.

Saya merupakan dosen aktif pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Departemen Manajemen Keperawatan. Saya menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2009 dan pada tahun 2015 saya menyelesaikan Pendidikan S2 Keperawatan peminatan Manajemen Keperawatan di universitas yang sama.

Sebagai dosen saya aktif melaksanakan melaksanakan tridharma perguruan tinggi serta menulis buku keperawatan.

Beberapa buku yang telah saya tulis adalah: 1. Buku panduan praktik manajemen dalam keperawatan bagi mahasiswa profesi Ners; 2. Komunikasi dalam keperawatan: Teori dan Praktik; 3. Infeksi Nosokomial sebagai Indikator Pelayanan Keperawatan 4. Penerapan Keselamatan Pasien dilihat dari Faktor Komitmen Pimpinan, Lingkungan Kerja, Team Works dan Kesadaran Individu, 5. Implikasi Etik dalam Keperawatan, Pengembangan Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan 3S (SDKI, SLKI DAN SIKI), bahan Ajar Sistem Informasi Keperawatan, Trend dan Isu dalam KMB dan yang terakhir adalah Registrasi Praktik Perawat dan Jenjang Karir Profesional Keperawatan ini.

Selain aktif sebagai dosen, saya juga sangat aktif dalam Organisasi Profesi (PPNI) yaitu sebagai Wakil Sekretaris PPNI Provinsi NTT tahun 2010-2015; Sekretaris DPW.PPNI Provinsi NTT sejak 2015-sekarang, dan sebagai Ketua Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2018-sekarang.

Email Penulis: corlim73@gmail.com

KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN KOMUNIKASI EFEKTIF

Yesiana Dwi Wahyu Werdani, S.Kep., Ns., M.Kep.
Fakultas Keperawatan
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

Definisi Komunikasi Terapeutik dan Komunikasi Efektif

1. Komunikasi terapeutik adalah suatu bentuk interaksi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan tujuan membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien (Ariyanti, 2022).
2. Komunikasi efektif adalah proses pertukaran ide, pikiran, pendapat, dan pengetahuan yang dilakukan secara jelas dan terarah, sehingga individu yang terlibat komunikasi merasa puas (Marbun et al., 2023).

Manfaat Komunikasi Terapeutik dan Komunikasi Efektif

1. Manfaat untuk pasien dan keluarga (Popa-Velea & Purcărea, 2014):
 - a. Memperoleh informasi yang aktual terhadap gejala fisik dan psikologis yang dialami pasien, sehingga dapat meningkatkan akurasi diagnosa medis maupun diagnosa keperawatan.

- b. Mengenali keadaan emosional pasien.
 - c. Mengidentifikasi kebutuhan kesehatan pasien.
 - d. Memperoleh informasi tentang peran keluarga terhadap pasien.
 - e. Meningkatkan kesejahteraan, kepuasan, harga diri, status kesehatan fisik dan mental pasien.
 - f. Meningkatkan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap perawat.
2. Manfaat untuk perawat dan pelayanan kesehatan (Khemiri et al., 2023):
- a. Meningkatkan proses sosial antara perawat dan pasien.
 - b. Meningkatkan efektifitas proses keperawatan dalam pemberian intervensi dan implementasi keperawatan.
 - c. Meningkatkan aktualisasi diri dan kepuasan perawat terhadap kinerjanya.
 - d. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
 - e. Menurunkan masa rawat inap pasien di Rumah Sakit.
 - f. Meningkatkan loyalitas pasien terhadap pelayanan kesehatan.

Cara Melakukan Komunikasi Terapeutik

Hal-hal yang harus dilakukan perawat saat melakukan komunikasi terapeutik kepada pasien dan keluarga (Vinita, 2022):

1. Komunikasi harus dilakukan dengan percaya diri, penuh kasih sayang dan berkomitmen.

2. Postur tubuh dan kontak mata harus dilakukan secara baik dan sesuai.
3. Perawat harus mampu menjadi pendengar yang penuh kesabaran.
4. Perawat harus menggunakan bahasa yang tepat dan ringkas.
5. Komunikasi harus berfokus pada pasien dalam aspek bio-psiko-sosial-kultural dan spiritual.

Keterampilan Dasar Komunikasi Terapeutik dan Efektif

Berikut ini adalah beberapa keterampilan dasar dalam melakukan komunikasi terapeutik dan efektif, yang dapat diterapkan selama proses interaksi antara perawat dan pasien yaitu (Grover, 2005), (Vinita, 2022):

1. Mendengarkan

Adalah sikap responsif perawat terhadap suatu proses interaksi bersama pasien/keluarga. Menjadi pendengar aktif membutuhkan kontak mata yang sesuai untuk memperhatikan proses komunikasi yang sedang berlangsung. Komunikasi akan berjalan dengan baik apabila perawat dapat mendengarkan penjelasan dari pasien/keluarga tanpa menyela.

2. Menunjukkan sikap empati

Melalui sikap empati perawat dapat lebih fokus mengikuti proses komunikasi, sehingga lebih memahami situasi yang dirasakan oleh pasien/keluarga.

3. Mengajukan pertanyaan terbuka (*open ended question*)

Komunikasi menjadi lebih efektif melalui pertanyaan terbuka, sehingga pasien dapat mengungkapkan hal-hal yang dipikirkan dan dirasakan secara lebih leluasa.

4. Mengajukan pertanyaan tertutup (*close ended question*)

Pertanyaan tertutup dalam komunikasi diperlukan untuk mendapatkan justifikasi kebenaran data/informasi dari pasien.

5. Mengklarifikasi

Klarifikasi merupakan komunikasi melalui pertanyaan terbuka dengan tujuan untuk memperoleh lebih banyak informasi dari pasien.

6. Merefleksikan

Perawat dapat merefleksikan perasaan dan pikiran yang diungkapkan pasien dengan menyusun ulang kalimat untuk ditanyakan kembali kepada pasien.

7. Parafrase

Parafrase yaitu mengambil informasi asli dari proses komunikasi bersama pasien dan mengubahnya melalui penafsiran maknanya.

8. Menggunakan bahasa tubuh

Komunikasi terapeutik yang menjadi lebih efektif dengan disertai bahasa tubuh atau komunikasi non verbal yang sesuai.

9. Informasi yang diberikan adalah informasi nyata/faktual

Perawat yang memberikan komunikasi faktual dan jujur akan menciptakan proses komunikasi yang lebih baik dan intens.

10. Menghindari pesan yang tidak jelas

Pesan yang tidak jelas akan menimbulkan kebingungan, sehingga tidak dapat fokus pada topik pembicaraan.

11. Menghindari pemberian penjelasan panjang lebar

Penjelasan yang berbelit-belit akan menimbulkan kebosanan, sehingga tidak dapat menyelesaikan permasalahan yang sebenarnya.

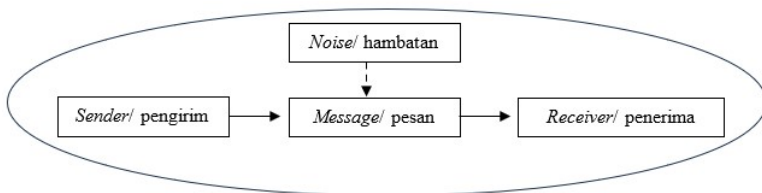
12. Bersikap hormat, terbuka, ramah dan sopan selama proses komunikasi

Sikap yang ramah dapat meningkatkan rasa percaya pasien kepada perawat selama proses komunikasi berlangsung.

Proses Komunikasi

Proses komunikasi secara umum terbagi menjadi 2 jenis yaitu model komunikasi linear dan model komunikasi interaktif (Sibiya, 2018):

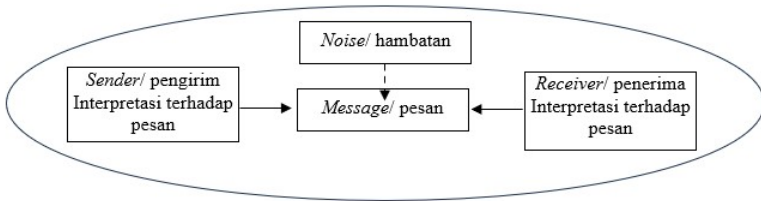
1. Model komunikasi linear



Gambar.1 *Linear model of communication* (Sibiya, 2018)

Model komunikasi linear adalah proses pengiriman pesan yang dilakukan oleh *sender* (pengirim) kepada *receiver* (penerima), dengan adanya kemungkinan munculnya *noise* (hambatan) selama proses penyampaian pesan tersebut.

2. Model komunikasi interaktif



Gambar. 2 *Interactive model of communication*
(Sibiya, 2018)

Model komunikasi interaktif adalah pengiriman pesan atau pemberian penjelasan dari seorang *sender* (pengirim) kepada *receiver* (penerima), dan disertai dengan adanya umpan balik dari penerima kepada pengirim.

Komunikasi Efektif Melalui Telepon

Perawat dapat melakukan komunikasi melalui telepon kepada dokter, antar perawat, tenaga medis lain, serta pasien dan keluarganya. Beberapa hal yang dilakukan selama proses komunikasi melalui telepon adalah (Sibiya, 2018):

1. Mengucapkan salam yang tepat seperti selamat pagi/ siang/ sore/ malam.
2. Berbicara dengan jelas melalui mikrofon telepon.
3. Mengidentifikasi unit atau tempat kerja.
4. Mengidentifikasi diri perawat dan orang yang diajak bicara.
5. Mendengarkan pesan orang lain melalui telepon dengan seksama, jika perlu membuat catatan kecil agar dapat mengingat informasi penting dalam proses pembicaraan, dan menandatangani catatan kecil tersebut disertai dengan tanggal.

Teknik Komunikasi Terapeutik

Beberapa hal yang perlu dilakukan untuk melakukan komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien yaitu (Vinitha, 2022):

1. Teknik komunikasi terapeutik untuk memperoleh banyak informasi.

- a. *Broad opening*

Teknik *broad opening* memberikan pasien kebebasan untuk memilih topik yang ingin dibicarakannya kepada perawat.

- b. Menggunakan pertanyaan terbuka (*open ended question*)

Open ended question merupakan jenis pertanyaan yang memungkinkan pasien berbicara menurut pandangannya tentang topik tertentu. Melalui cara ini, dapat dilihat lebih jelas tentang apa yang dianggap penting oleh pasien dan sejauh mana pemahaman pasien terhadap hal tersebut.

- c. *Sharing*

Perawat dapat merespon pembicaraan pasien dengan memaparkan pikiran dan persepsinya kepada pasien.

- d. Refleksi

Refleksi berarti mengulangi apa yang dikatakan pasien dengan kata yang sama atau berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa perawat memperhatikan apa yang pasien ungkapkan.

- e. *Encourage*

Teknik ini bertujuan untuk memperoleh informasi lebih lanjut tentang pandangan dan perasaan pasien secara mendalam.

f. Validasi

Validasi adalah teknik komunikasi untuk memastikan apa yang dipahami oleh perawat sesuai dengan apa disampaikan oleh pasien.

g. *Summarizing*

Summarizing merupakan teknik komunikasi dengan cara merangkum hasil pembicaraan antara perawat dengan pasien.

2. Teknik komunikasi terapeutik untuk memberikan motivasi.

a. *Supportive remarks*

Perawat dapat memberikan kalimat suportif untuk menyemangati pasien agar berpartisipasi aktif dalam proses percakapan.

b. Ketepatan dalam memberikan sentuhan (*appropriately touch*)

Dalam proses komunikasi perawat dapat memberikan sentuhan yang tepat. Hal ini bertujuan untuk meyakinkan pasien bahwa perawat peduli dan hadir untuk pasien. Sentuhan yang diberikan juga tetap harus mempertimbangkan kepercayaan, budaya dan kenyamanan pasien.

Tahapan dalam Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik

Dalam menjalankan komunikasi terapeutik selama proses perawatan, perawat perlu melakukan urutan komunikasi sebagai berikut (Yani et al., 2022):

1. Tahap pra-interaksi

Tahap ini dimulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Kegiatan yang dapat dilakukan pada tahap ini antara lain persiapan perawat yang dilakukan di *nurse station* berupa pengumpulan data sekunder, persiapan diri perawat dan penentuan tujuan komunikasi kepada pasien.

2. Tahap orientasi

Adalah tahap interaksi saat perawat pertama kali bertemu dengan pasien. Kegiatan yang dapat dilakukan pada tahap ini antara lain pengenalan diri perawat dan pasien, penjelasan tujuan kedatangan perawat untuk bertemu dengan pasien.

3. Tahap Kerja

Adalah tahap interaksi perawat dengan pasien untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami pasien. Kegiatan yang dapat dilakukan pada tahap ini antara lain mengkaji keluhan dan gejala yang dirasakan pasien, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien.

4. Tahap Terminasi

Adalah tahap mengakhiri komunikasi. Tahap terminasi terbagi menjadi 2, yaitu penghentian sementara dan penghentian akhir.

Fase Proses Perawatan dengan Menggunakan Komunikasi Terapeutik yang Efektif

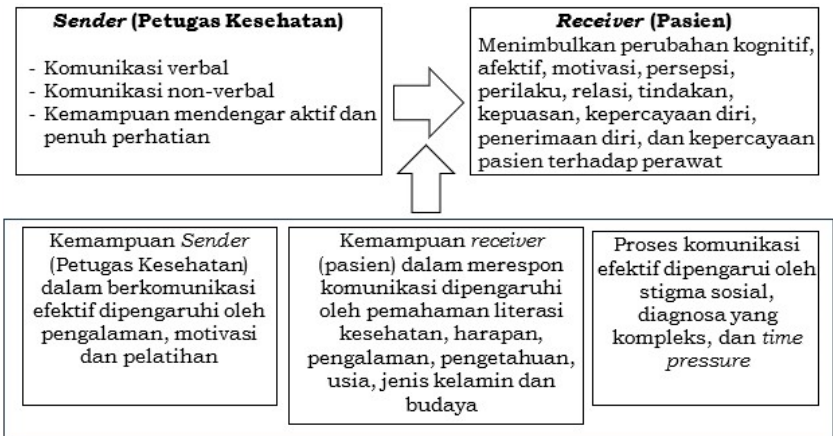
Selama proses perawatan berlangsung perawat dan pasien perlu saling berinteraksi dengan menggunakan komunikasi melalui 4 fase yaitu (Webb, 2018):

Fase k Komunikasi	Untuk Pasien	Untuk Perawat
1. Fase Orientasi	Mencari bantuan informasi dari profesional	Membina hubungan saling percaya dengan pasien

Fase k Komunikasi	Untuk Pasien	Untuk Perawat
	kesehatan terkait dengan masalah kesehatannya	
2. Fase identifikasi	Menyampaikan detail permasalahan yang sedang dialami	Mendorong pasien untuk mengidentifikasi permasalahan kesehatan yang relevan
3. Fase eksploitasi	Meminta bantuan profesional kesehatan untuk menyelesaikan masalah kesehatannya	Mengembangkan kompetensi klinik dan memfasilitasi pemulihan kondisi pasien
4. Tahap resolusi	Masalah kesehatan pasien sudah terselesaikan	Memfasilitasi kemandirian dan perawatan diri pasien.

Integrative Framework Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien

Berikut ini adalah *integrative framework* pada proses



komunikasi efektif petugas kesehatan dan pasien (Danaher et al., 2023):

Gambar 3. *Integrative Framework* Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien (Danaher et al., 2023)

Integrative Framework diawali dengan komunikasi dari *sender* (petugas kesehatan) yang terdiri dari dokter, perawat, petugas farmasi, ahli fisioterapi, ahli gizi, dan

lain-lain. Komunikasi tersebut dilakukan secara terintegrasi untuk saling melengkapi yaitu melalui komunikasi verbal, non-verbal dan *active listening*. Komunikasi terintegrasi ini dapat menimbulkan berbagai macam perubahan yang kompleks pada diri *receiver* (pasien) yaitu perubahan kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam proses komunikasi tersebut masih dipengaruhi oleh beberapa faktor lain yang mungkin dapat menguatkan maupun melemahkan yaitu kemampuan *sender*, kemampuan *receiver* dan juga dari proses komunikasi itu sendiri.

Strategi Komunikasi Non-Verbal

Selain komunikasi secara verbal, hal lain yang sangat penting untuk menunjang komunikasi terapeutik dan efektif adalah komunikasi non-verbal (Sharkiya, 2023):

Komunikasi Non-Verbal	Penjelasan
Sentuhan	Berupa sentuhan kulit ke kulit dengan tujuan memberikan kenyamanan, menumbuhkan perasaan positif dan menunjukkan kepedulian perawat. Contoh sentuhan antara lain pelukan, jabat tangan, tepukan di punggung, sentuhan pipi, atau kontak fisik lainnya yang tidak mengganggu pasien.
Senyum	Tersenyum sebagai strategi komunikatif untuk meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan perawat.
Tatapan mata, anggukan kepala, dan gerakan alis	Tatapan mata, anggukan kepala, dan gerakan alis sebagai sarana komunikasi untuk menyapa pasien dan pelaksanaannya sering dikombinasikan dengan sentuhan dan senyuman.
Diam dan aktif mendengarkan	Mendengarkan pasien sebagai cara untuk menunjukkan rasa hormat, dan pelaksanaannya sering dikombinasikan dengan menyentuh bahu.
Jarak fisik yang dekat atau Mencondongkan badan ke arah depan	Jarak fisik yang dekat dilakukan dengan duduk di dekat pasien, disertai dengan mencondongkan tubuh lebih dekat ke arah pasien.

Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik Antara Perawat dan Pasien

Komunikasi terapeutik seringkali tidak berjalan dengan baik, hal ini dikarenakan berbagai macam penghambat antara lain (Mersha et al., 2023):

1. Beban kerja perawat yang tinggi

Perawat dengan beban kerja yang tinggi cenderung tidak memiliki waktu yang cukup untuk melakukan komunikasi secara terapeutik dan efektif kepada pasien.

2. Jumlah perawat terbatas

Keterbatasan jumlah perawat mendorong perawat melakukan tugas teknis saja untuk menyelesaikan masalah fisik pasien, dan lebih banyak mengabaikan proses komunikasi yang efektif.

3. Perilaku negatif dari pasien/keluarga

Pasien/keluarga yang memiliki perilaku tidak baik kepada perawat seperti mudah marah, mudah memaki, dan sebagainya, akan memicu timbulnya hambatan dalam menjalankan proses komunikasi yang efektif, karena perawat akan cenderung untuk menghindari berkomunikasi dengan pasien.

4. Pengalaman perawat yang tidak menyenangkan

Perawat yang memiliki pengalaman buruk dalam berinteraksi dengan pasien seperti pernah mendapatkan umpatan dari pasien/keluarga, menyebabkan terhambat dalam melakukan komunikasi yang terapeutik kepada pasien.

5. Ketidapatuhan pasien terhadap pengobatan

Pasien yang berulang kali dirawat di Rumah Sakit akibat ketidapatuhannya terhadap pengobatan, menyebabkan perawat enggan berkomunikasi secara efektif, hal ini seringkali dikarenakan pasien sudah memahami pendidikan kesehatan sebelumnya yang dilakukan oleh perawat tetapi tidak dihiraukannya.

6. *Burnout* perawat

Perawat yang memiliki beban kerja tinggi dalam waktu yang lama akan memberikan dampak signifikan berupa *burnout*. Perawat dengan kondisi *burnout* akan mengalami kelelahan emosi, depersonalisasi dan penurunan pencapaian prestasi pribadi. Hal ini yang memicu perawat gagal dalam melakukan komunikasi terapeutik kepada pasien.

7. Waktu yang terbatas

Situasi perawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun di ruang *Intensive Care Unit* (ICU), lebih membutuhkan penanganan pasien secara fisik untuk membantu menyelamatkan nyawa pasien. Hal ini menyebabkan komunikasi terapeutik tidak bisa dilakukan secara intensif melainkan hanya fokus pada kondisi kegawatan pasien saja.

8. Hubungan yang buruk dengan rekan kerja

Perawat yang memiliki hubungan buruk dengan rekan kerja seperti dengan sesama perawat, dokter maupun tenaga kesehatan lain, akan memicu pula buruknya komunikasi dengan pasien.

9. Pengetahuan yang kurang tentang keperawatan

Perawat baru seringkali dihadapkan oleh situasi sulit, dikarenakan mereka belum memiliki banyak pengalaman langsung dalam perawatan pasien dan masih sedang dalam proses adaptasi dengan situasi kerja yang baru. Hal ini menyebabkan minimnya

pengetahuan perawat terhadap situasi Rumah Sakit maupun kondisi pasien, sehingga perawat tidak dapat melakukan komunikasi secara efektif kepada pasien.

10. Pengetahuan yang tidak memadai tentang keterampilan komunikasi

Perawat yang memiliki keterampilan komunikasi tidak memadai seperti perawat pendiam maupun perawat yang terlalu banyak bicara, cenderung akan terhambat dalam berkomunikasi dengan pasien, karena seringkali menyebabkan terjadinya kesalahpahaman dalam dalam proses komunikasi.

11. Gaji perawat yang rendah

Perawat yang memiliki *salary/gaji* yang rendah cenderung untuk enggan memberikan pelayanan prima, hal ini menimbulkan keengganan perawat dalam berkomunikasi secara intensif dengan pasien, sehingga komunikasi seringkali hanya dilakukan sebatas dibutuhkan dalam melakukan tindakan keperawatan saja.

12. Kurangnya rasa percaya pasien kepada perawat

Pasien yang kurang percaya terhadap perawat akan lebih banyak diam dan enggan berkomunikasi secara mendalam dengan perawat. Hal ini menyebabkan proses perawatan berjalan kurang baik dan dapat berdampak terhadap kesehatan pasien.

13. Kompleksnya keluhan yang dirasakan pasien

Pasien dengan sakit berat dan memiliki berbagai macam gejala yang mengganggu fungsi fisiknya, akan mengalami kecenderungan untuk tidak banyak bicara dan kurang merespon pembicaraan perawat. Hal ini menyebabkan proses komunikasi terapeutik untuk menggali banyak informasi dari pasien menjadi menurun.

14. Perbedaan etnik, budaya dan bahasa antara perawat dan pasien

Komunikasi terapeutik tidak dapat berjalan secara efektif apabila antara perawat dan pasien memiliki perbedaan etnik, budaya dan bahasa yang tidak saling dipahami. Jika hal ini terjadi maka proses komunikasi membutuhkan orang tertentu yang dapat memahami etnik, budaya dan bahasa kedua belah pihak.

Indikator Kepuasan Pasien dalam Komunikasi Terapeutik

Berikut ini adalah beberapa indikator yang menunjukkan adanya kepuasan pasien dalam proses komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat secara efektif (Lotfi et al., 2019):

1. Perawat memberikan saran yang bermanfaat untuk pasien/keluarga.
2. Perawat penuh perhatian saat melaksanakan tugasnya.
3. Perawat memberikan informasi yang dibutuhkan pasien/keluarga.
4. Perawat memperlakukan pasien dengan hormat.
5. Perawat bersedia mendengarkan kekhawatiran dan keluhan pasien.
6. Perawat ramah saat berkomunikasi dengan pasien.
7. Perawat memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien dengan cara dan bahasa yang mudah dimengerti.
8. Perawat tampak menyenangkan saat memberikan perawatan kepada pasien.
9. Perawat memprioritaskan pasien selama proses perawatan.

10. Perawat sabar dalam menghadapi sikap dan perilaku pasien.
11. Pasien merasa bebas untuk mengajukan pertanyaan kepada perawat tanpa rasa takut.
12. Perawat merespon dengan cepat saat pasien memanggil perawat dan membutuhkan pertolongannya.
13. Jika pasien membutuhkan perawatan lagi, pasien ingin kembali ke rumah sakit tersebut, karena telah mendapat perawatan yang sangat baik melalui komunikasi yang prima.

Daftar Pustaka

- Ariyanti, S. (2022). Nurse's Therapeutic Communication Affects Patient Satisfaction and Motivation Level. *Journal of Complementary Nursing*, 1(3), 91–98. <https://doi.org/10.53801/jcn.v1i3.52>
- Danaher, T. S., Berry, L. L., Howard, C., Moore, S. G., & Attai, D. J. (2023). Improving How Clinicians Communicate With Patients: An Integrative Review and Framework. *Journal of Service Research*, 26(4), 493–510. <https://doi.org/10.1177/10946705231190018>
- Grover, S. M. (2005). Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work: The Foundation of Collaboration. *Workplace Health and Safety*, 53(4), 177–182. <https://doi.org/10.1177/216507990505300408>
- Khemiri, S., Boudawara, O., Ayedi, I., Khanfir, A., & Toumi, N. (2023). Self-Esteem Following Mastectomy in Early Breast Cancer Patients. *Journal Of Cancer Research And Clinical Practice*, 1–9.
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, 6(3), 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
- Marbun, T. O., Antarani, P., & Putri, M. A. (2023). Effective Communication Results in Effective Leadership. *Daengku: Journal of Humanities and Social Sciences Innovation*, 3(4), 571–578. <https://doi.org/10.35877/454ri.daengku1760>
- Mersha, A., Abera, A., Tesfaye, T., Abera, T., Belay, A., Melaku, T., Shiferaw, M., Shibiru, S., Estifanos, W., & Wake, S. K. (2023). Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nursing*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01526-z>

- Popa-Velea, O., & Purcărea, V. L. (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *Journal of Medicine and Life*, 7 . 4(4), 39–45.
- Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
- Sibiya, M. N. (2018). Communication and nursing. In *Intech Open* (Vol. 3, pp. 19–35).
- Vinitha, S. J. (2022). Therapeutic Communication in Nursing Profession. *Galore International Journal of Applied Sciences and Humanities*, 6(1), 18–21. <https://doi.org/10.52403/gijash.20220103>
- Webb, L. (2018). Exploring the characteristics of effective communicators in healthcare. *Nursing Standard*, 33(9), 47–51. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11157>
- Yani, F., Wilantara, K. G., Yuliasih, S. N. P., Ximenes, T. J., Nureliza, V., & Santoso, A. P. A. (2022). Proper Implementation Of Therapeutic Communication In Nursing Care. *Journal of Complementary in Health*, 2(1), 59–62. <https://doi.org/10.36086/jch.v2i1.1493>

Profil Penulis



Yesiana Dwi Wahyu Werdani, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis merupakan dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya sejak tahun 2006 sampai sekarang dengan jabatan fungsional akademik Lektor. Penulis merupakan koordinator matakuliah komunikasi dalam keperawatan sejak tahun 2016 sampai sekarang. Penulis telah merancang matakuliah tersebut dalam bentuk materi komunikasi bertaraf nasional dan internasional dengan menggunakan Bahasa Inggris, baik pada bagian teori maupun praktikum. Penulis pernah mengikuti pelatihan komunikasi terapeutik dalam bentuk *motivational interviewing* pada pasien paliatif. Penulis juga memiliki pengalaman sebagai pembicara pada seminar dan *workshop* nasional keperawatan dan juga sebagai pembicara dalam kegiatan organisasi kemahasiswaan. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat dan memiliki pengalaman dalam menulis artikel ilmiah pada jurnal nasional terindeks sinta dan jurnal internasional terindeks scopus. Penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang telah dilakukan penulis didanai oleh dana internal perguruan tinggi dan juga dana Kemenristek DIKTI. Penulis berharap buku ini dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap dunia kesehatan khususnya keperawatan dalam menerapkan komunikasi terapeutik dan komunikasi efektif bagi pasien, sehingga melalui komunikasi terapeutik dan efektif derajat kesehatan pasien semakin meningkat.

Email Penulis: yesiana@ukwms.ac.id

STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DAN PROSEDUR TETAP DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

Dr. Aemilianus Mau, S.Kep., Ns., M.Kep.
Poltekkes Kemenkes Kupang

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mempelajari bab ini pembaca mampu memahami:

1. *Overview* Proses Keperawatan
2. Standar Asuhan Keperawatan Menurut ANA
3. Standar Asuhan Keperawatan Menurut PPNI
4. Standar Prosedur Operasional Keperawatan

Pendahuluan

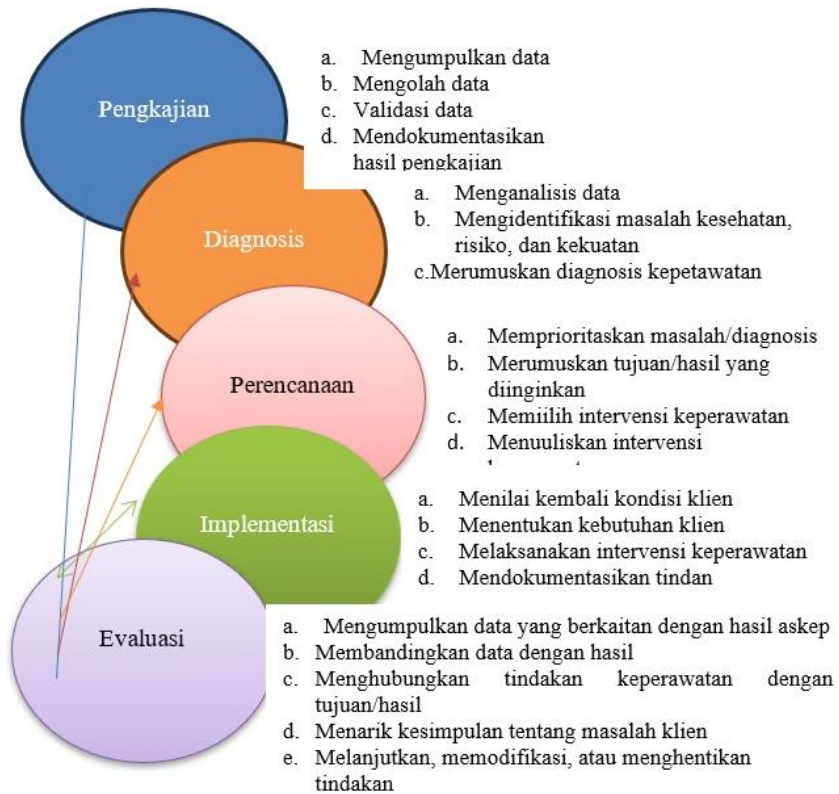
Standar asuhan keperawatan dan prosedur tetap dalam praktik keperawatan profesional adalah elemen fundamental dalam sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas. Standar asuhan keperawatan merupakan panduan yang digunakan oleh perawat untuk memberikan perawatan yang aman, efektif, dan berkualitas kepada pasien. Standar asuhan keperawatan digunakan sebagai metode berpikir kritis sistematis oleh perawat profesional untuk mengembangkan rencana

asuhan keperawatan kepada kliennya baik individu, keluarga, kelompok, maupun komunitas. Standar asuhan keperawatan menggunakan pendekatan ilmiah yang pada tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Efektivitas pelaksanaan standar asuhan keperawatan tergantung pada pengetahuan perawat standar yang telah ditetapkan, pelaksanaan praktik berbasis bukti (EBP), dan kemampuan perawat dalam mengevaluasi respons pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan (Yoost & Crawford, 2020).

Sedangkan prosedur tetap (protap) dalam keperawatan adalah serangkaian instruksi terperinci yang menjelaskan langkah-langkah spesifik yang harus diikuti dalam berbagai situasi klinis. Protap ini dirancang untuk memastikan bahwa setiap tindakan keperawatan dilakukan secara konsisten dan sesuai dengan praktik terbaik yang berbasis bukti. Kedua elemen ini, standar asuhan keperawatan dan protap, bekerja secara sinergis untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, mengurangi variasi dalam praktik klinis, dan memastikan keselamatan pasien. Dengan mengikuti standar dan protap yang ditetapkan, perawat dapat memberikan perawatan yang terstruktur, efisien, dan efektif, serta menjaga integritas profesi keperawatan.

Overview proses keperawatan dan aktivitas perawat

Untuk memperjelas konsep standar asuhan keperawatan, perawat perlu mengetahui secara umum tahapan proses keperawatan dan aktivitas perawat pada setiap tahap sebagai berikut:



Gambar 21.1. Proses Keperawatan & Aktivitas Perawat

Standar Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Standar asuhan keperawatan mengacu pada serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat ketika memberikan pelayanan keperawatan kepada klien baik secara individu, keluarga, kelompok maupun komunitas. Kegiatan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Setiap tahap asuhan keperawatan yang dilakukan perawat mengacu pada standar yang telah

ditetapkan oleh profesi maupun pemerintah (Berman et al., 2021).

Standar praktik merupakan salah satu perangkat yang diperlukan oleh setiap tenaga profesional. Standar praktik keperawatan adalah ekspektasi/harapan-harapan minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Standar praktik keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan oleh anggota profesi (Aji et al., 2018).

2. Tujuan

Standar Asuhan Keperawatan digunakan oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan konsisten kepada pasien. Standar ini mencakup serangkaian pedoman, kriteria, dan ekspektasi yang membantu perawat dalam menilai, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan. Tujuan utamanya adalah untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang aman, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan mereka (Potter et al., 2020).

3. Standar Asuhan Keperawatan Menurut *American Nurses Association* (ANA)

Standar Praktek Perawat menggambarkan tingkat asuhan keperawatan yang kompeten yang ditunjukkan perawat melalui model berpikir kritis dalam penerapan proses keperawatan. Proses keperawatan meliputi komponen pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses keperawatan mencakup tindakan signifikan yang diambil perawat dalam mengambil suatu keputusan perawatan demi kesehatan dan keselamatan pasien (ANA, 2015).

ANA (2015), mengelompokkan standar asuhan keperawatan menjadi dua yaitu: 1) Standar Praktek Perawat, 2) Standar Penampilan Profesional Perawat. Standar praktek perawat terdiri dari 6 (enam) standar yaitu:

Standard 1. Pengkajian

Perawat mengumpulkan data dan informasi terkait dengan kondisi kesehatan kliennya.

Standar 2. Diagnosa

Perawat menganalisis data pengkajian untuk menentukan diagnosis aktual atau potensial.

Standar 3. Identifikasi Hasil

Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk rencana individual yang dilayaninya.

Standar 4. Perencanaan

Perawat mengembangkan rencana strategis untuk mencapainya hasil yang diharapkan dan terukur.

Standar 5. Implementasi

Perawat mengimplementasikan rencana yang disusun.

Standar 5A. Koordinasi Perawatan

Perawat terdaftar mengoordinasikan pemberian perawatan.

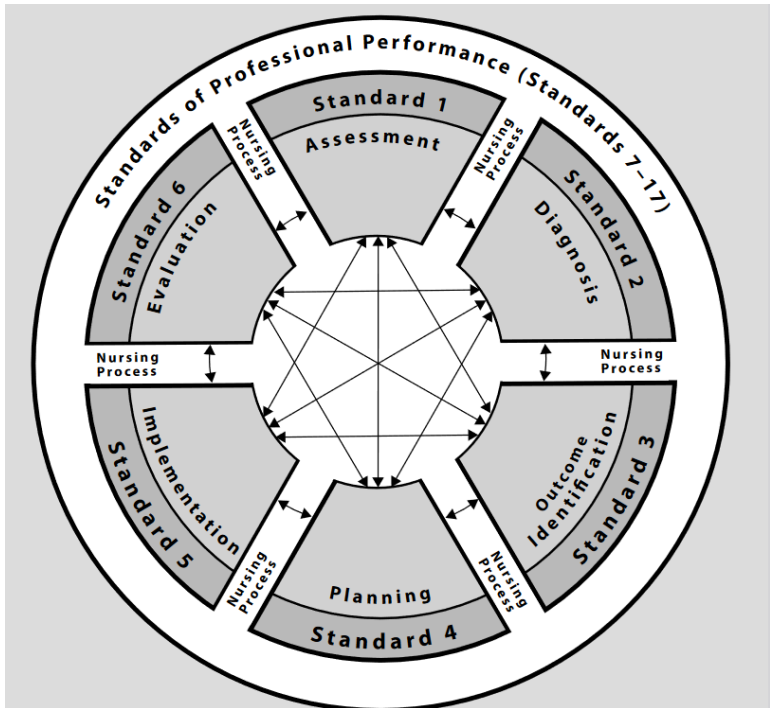
Standar 5B. Pengajaran Kesehatan dan Promosi Kesehatan

Perawat menggunakan strategi untuk meningkatkan kesehatan dan keselamatan klien melalui edukasi dan promosi kesehatan.

Standar 6. Evaluasi

Perawat mengevaluasi kemajuan kesehatan klien menuju pencapaian tujuan dan hasil yang diharapkan.

Standar praktik keperawatan professional digambarkan dengan jelas pada gambar 25.2



Gambar 21.2. Standar Praktek Keperawatan Profesional (ANA, 2015).

Standar penampilan professional terdiri dari:

Standar 7. Etika

Perawat berpraktik secara etis.

Standar 8. Praktek yang Sejalan Secara Budaya

Perawat terdaftar berpraktik dengan cara yang sesuai dengan budaya prinsip keberagaman dan inklusi.

Standar 9. Komunikasi

Perawat berkomunikasi secara efektif di semua bidang praktik.

Standar 10. Kolaborasi

Perawat berkolaborasi dengan konsumen layanan kesehatan dan kunci lainnya pemangku kepentingan dalam melaksanakan praktik keperawatan.

Standar 11. Kepemimpinan

Perawat memimpin dalam lingkungan praktik profesional dan profesi.

Standar 12. Pendidikan

Perawat mencari pengetahuan dan kompetensi yang mencerminkan masa kini praktik keperawatan dan mempromosikan pemikiran futuristik.

Standar 13. Praktek dan Penelitian Berbasis Bukti

Perawat mengintegrasikan bukti dan temuan penelitian ke dalam praktik.

Standar 14. Kualitas Praktek

Perawat berkontribusi terhadap praktik keperawatan yang berkualitas.

Standar 15. Evaluasi Praktik Profesional

Perawat mengevaluasi praktik keperawatannya sendiri dan orang lain.

Standar 16. Pemanfaatan Sumber Daya

Perawat menggunakan sumber daya yang tepat untuk merencanakan, menyediakan, dan mempertahankan layanan keperawatan berbasis bukti yang aman, efektif, dan bertanggung jawab secara fiskal.

Standar 17. Kesehatan Lingkungan

Perawat berpraktik dengan cara yang aman dan sehat bagi lingkungan.

Fungsi Standar Praktik Perawat

Secara umum standar praktek keperawatan yang telah ditetapkan memandu perawat melakukan praktik sesuai standar yang telah ditetapkan . Namun pada kenyataannya tidak berlaku mutlak tergantung kondisi klien. Misalnya, seorang perawat memberikan perawatan kepada seorang klien yang tidak sadarkan diri dan kritis yang dibawa ke rumah sakit oleh ambulans tanpa keluarga mempunyai tugas mengumpulkan data terkait secara komprehensif terhadap kesehatan klien (Standar 1. Pengkajian). Namun, pada kondisi ini, perawat tidak dapat mengkaji kondisi dinamika keluarga dan dampaknya terhadap kesehatan dan kesejahteraan kliennya” (Standard 1). Dalam contoh yang sama, Standar 5B. Edukasi dan Promosi Kesehatan tidak mungkin dilakukan karena klien tidak sadar dan tidak ada anggota keluarga (ANA, 2015).

4. Standar Praktik Keperawatan Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Standar praktik keperawatan professional menurut PPNI sebagaimana yang dikutip oleh Aji et al., (2018) dan Zuliani et al. (2023), standar praktik keperawatan terdiri dari standar praktik professional dan standar kinerja professional.

Standar Praktik Profesional terdiri dari 5 standar, yaitu :

Standar I Pengkajian

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan.

1. Rasional:

Pengkajian keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan pasien yang digunakan untuk merumuskan masalah pasien dan rencana tindakan.

2. Kriteria Struktur

Metode pengumpulan data yang digunakan dapat menjamin: pengumpulan data yang sistematis dan lengkap, diperbaharunya data dalam pencatatan yang ada, kemudahan memperoleh data, dan terjaganya kerahasiaan. Tatanan praktik mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang merupakan bagian integral dari sistem pencatatan pengumpulan data pasien. Sistem pencatatan berdasarkan proses keperawatan. Singkat, menyeluruh, akurat dan berkesinambungan.

Praktik mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang menjadi bagian dari sistem pencatatan kesehatan pasien. Ditatanan praktik tersedia sistem penyimpanan data yang dapat memungkinkan diperoleh kembali bila diperlukan. Tersedianya sarana dan lingkungan yang mendukung.

3. Kriteria Proses

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (pengumpulan data penunjang diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium dan uji diagnosis), serta mempelajari catatan lain. Sumber data adalah pasien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, rekam medis, serta catatan lain. Pasien berpartisipasi dalam proses pengumpulan data.

Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi: Status kesehatan pasien saat ini, Status kesehatan pasien masa lalu, Status biologis (Fisiologis), Status psikologis (Pola koping), Status sosial kultural, Status spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, risiko masalah potensial

4. Kriteria Hasil

Metode pengumpulan data yang digunakan dapat menjamin: pengumpulan data yang sistematis dan lengkap, diperbaharainya data dalam pencatatan yang ada, kemudahan memperoleh data, dan terjaganya kerahasiaan. Tatanan praktik mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang merupakan bagian integral dari sistem pencatatan pengumpulan data pasien Sistem pencatatan berdasarkan proses keperawatan. Singkat, menyeluruh, akurat dan berkesinambungan. Praktik mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang menjadi bagiandari sistem pencatatan kesehatan pasien. Ditatanan praktik tersedia sistem penyimpanan data yang dapat memungkinkan diperoleh kembali bila diperlukan. Tersedianya sarana dan lingkungan yang mendukung

Standart II Diagnosa Keperawatan

1. Perawat menganalisis dan pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan

a. Rasional

Diagnosis keperawatan sebagai dasar pengembangan rencana intervensi keperawatan dalam rangka mencapai peningkatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan pasien.

b. Kriteria Struktur

Tatanan praktik memberi kesempatan ;

- 1) Kepada teman sejawat, pasien untuk melakukan validasi diagnosis keperawatan
- 2) Adanya mekanisme pertukaran informasi tentang hasil penelitian dalam menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat.
- 3) Untuk akses sumber-sumber dan program pengembangan profesional yang terkait.
- 4) Adanya pencatatan yang sistematis tentang diagnosis pasien.

c. Kriteria Proses

Proses diagnosis terdiri dari analisis, & interpretasi data, identifikasi masalah pasien dan perumusan diagnosis keperawatan. Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (P), penyebab (E), gejala/tanda (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE). Bekerjasama dengan pasien, dekat dengan pasien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan.

2. Melakukan kaji ulang dan revisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

Kriteria Hasil

- a. Diagnosis keperawatan divalidasi oleh pasien bila memungkinkan
- b. Diagnosis keperawatan yang dibuat diterima oleh teman sejawat sebagai diagnosis yang relevan dan signifikan.

- c. Diagnosis didokumentasikan untuk memudahkan perencanaan, implementasi, evaluasi dan penelitian.

Standar III Perencanaan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan pasien.

1. Rasional

Perencanaan dikembangkan berdasarkan diagnosis keperawatan.

2. Kriteria Struktur

Tatanan praktik menyediakan :

- a. Sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan perencanaan.
- b. Adanya mekanisme pencatatan, sehingga dapat dikomunikasikan.

3. Kriteria Proses

- a. Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan.
- b. Bekerja sama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
- c. Perencanaan bersifat individual (sebagai individu, kelompok dan masyarakat) sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien.
- d. Mendokumentasikan rencana keperawatan.

4. Kriteria Hasil

- a. Tersusunnya suatu rencana asuhan keperawatan pasien

- b. Perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan.
- c. Perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah didapat.
- d. Perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan.

Standar IV Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (Implementasi)

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan

1. Rasional
Perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi pasien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan.
2. Kriteria Struktur
Tatanan praktik menyediakan :
 - a. Sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan.
 - b. Pola ketenagaan yang sesuai kebutuhan.
 - c. Ada mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara periodik.
 - d. Pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis keperawatan.
 - e. Sistem Konsultasi keperawatan.
3. Kriteria Proses
 - a. Bekerjasama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
 - b. Kolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan pasien.

- c. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien.
- d. Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawah tanggungjawabnya.
- e. Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap pasien untuk mencapai tujuan kesehatan.
- f. Menginformasikan kepada pasien tentang status kesehatan dan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- g. Memberikan pendidikan pada pasien & keluarga mengenai konsep dan keterampilan asuhan diri serta membantu pasien memodifikasi lingkungan yang digunakannya.
- h. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien

4. Kriteria Hasil

- a. Terdokumentasi tindakan keperawatan dan respon pasien secara sistematis dan dengan mudah diperoleh kembali.
- b. Tindakan keperawatan dapat diterima pasien
- c. Ada bukti-bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan.

Standar V Evaluasi

Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan.

1. Rasional

Praktik keperawatan merupakan suatu proses dinamis yang mencakup berbagai perubahan data, diagnosis atau perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Efektivitas asuhan keperawatan tergantung pada pengkajian yang berulang-ulang.

2. Kriteria Struktur

- a. Tatanan praktik menyediakan: sarana dan lingkungan yang mendukung terlaksananya proses evaluasi.
- b. Adanya akses informasi yang dapat digunakan perawat dalam penyempurnaan perencanaan
- c. Adanya supervisi dan konsultasi untuk membantu perawat melakukan evaluasi secara efektif dan mengembangkan alternatif perencanaan yang tepat.

3. Kriteria Proses

- a. Menyusun rencana evaluasi hasil tindakan secara komprehensif, tepat waktu dan terus-menerus.
- b. Menggunakan data dasar dan respon pasien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan.
- c. Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan sejawat dan pasien
- d. Bekerja sama dengan pasien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- e. Mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.
- f. Melakukan supervisi dan konsultasi klinik.

4. Kriteria Hasil
 - a. Diperolehnya hasil revisi data, diagnosis, rencana tindakan berdasarkan evaluasi.
 - b. Pasien berpartisipasi dalam proses evaluasi dan revisi rencana tindakan.
 - c. Hasil evaluasi digunakan untuk mengambil Keputusan
 - d. Evaluasi tindakan terdokumentasikan sedemikian rupa yang menunjukkan kontribusi terhadap efektifitas tindakan keperawatan dan penelitian.

Standar Kinerja Professional

Standar Kinerja Profesional terdiri dari 8 standar:

1. Standar I Jaminan Mutu

Perawat secara sistematis melakukan evaluasi mutu dan efektifitas praktik keperawatan.
2. Standar II Pendidikan

Perawat bertanggung jawab untuk memperoleh ilmu pengetahuan mutakhir dalam praktik keperawatan.
3. Standar III Penilaian Kerja

Perawat mengevaluasi praktiknya berdasarkan standar praktik profesional dan ketentuan lain yang terkait.
4. Standar IV Kesejawatan (*collegial*)

Perawat berkontribusi dalam mengembangkan keprofesian dari sejawat kolega.

5. Standar V Etik

Keputusan dan tindakan perawat atas nama pasien ditentukan dengan cara yang etis (sesuai dengan norma, nilai budaya dan standar profesi)

6. Standar VI Kolaborasi

Perawat berkolaborasi dengan pasien, keluarga dan semua pihak terkait serta tim multi disiplin kesehatan dalam memberikan keperawatan pasien.

7. Standar VII Riset

Perawat menggunakan hasil riset dalam praktik keperawatan.

8. Standar VIII Pemanfaatan Sumber-sumber.

Perawat mempertimbangkan faktor-faktor yang terkait dengan keamanan, efektifitas dan biaya dalam perencanaan dan pemberian asuhan pasien.

Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan Profesional

Prosedur Tetap Keperawatan (*Standard Operating Procedures*, SOP) adalah panduan tertulis yang mendefinisikan langkah-langkah rinci tentang cara melaksanakan tugas dan prosedur tertentu dalam praktik keperawatan. SPO bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, konsistensi, dan keamanan dalam pemberian asuhan keperawatan.

Komponen Prosedur Tetap Keperawatan

1. Judul Prosedur:

Menyediakan identifikasi yang jelas tentang prosedur yang diatur.

2. Tujuan:

Menjelaskan tujuan dilakukannya prosedur tersebut.

3. Ruang Lingkup:

Menjelaskan cakupan aplikasi prosedur, termasuk siapa yang bertanggung jawab melaksanakannya.

4. Definisi:

Memberikan definisi untuk istilah teknis yang digunakan dalam prosedur.

5. Langkah-Langkah Prosedur:

Memberikan instruksi rinci dan urutan langkah-langkah yang harus diikuti dalam melaksanakan prosedur.

6. Tindakan Pencegahan dan Keselamatan:

Menyediakan informasi tentang tindakan pencegahan yang harus diambil untuk memastikan keselamatan pasien dan tenaga kesehatan.

7. Dokumentasi:

Menjelaskan jenis dokumentasi yang diperlukan setelah pelaksanaan prosedur.

8. Tinjauan dan Revisi:

Menyatakan kapan dan bagaimana prosedur akan ditinjau dan diperbarui.

Tujuan Prosedur Tetap Keperawatan

1. Standarisasi Proses: Memastikan semua perawat melaksanakan prosedur dengan cara yang sama untuk mengurangi variabilitas dan kesalahan.
2. Keselamatan dan Efisiensi: Meningkatkan keselamatan pasien dan efisiensi kerja perawat.
3. Kepatuhan Hukum dan Etika: Memastikan bahwa praktik keperawatan mematuhi standar hukum dan etika.

4. Pelatihan dan Orientasi: Memudahkan proses pelatihan dan orientasi bagi perawat baru.

Berikut adalah contoh Prosedur Tetap Keperawatan (Standard Operating Procedure, SOP) untuk Pemberian Obat Intravena (IV):

Judul Prosedur

Pemberian Obat Intravena (IV)

Tujuan

Menjamin pemberian obat intravena dilakukan dengan aman, efektif, dan sesuai dengan standar keperawatan.

Ruang Lingkup

Prosedur ini berlaku untuk seluruh perawat yang bertugas di rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan pemberian obat intravena.

Definisi

Pemberian obat intravena adalah pemberian obat langsung ke dalam aliran darah melalui pembuluh darah vena menggunakan jarum atau kateter intravena.

Langkah-Langkah Prosedur

Persiapan

1. Verifikasi Pesanan Obat:
 - a. Pastikan pesanan obat sesuai dengan instruksi dokter, termasuk jenis obat, dosis, frekuensi, dan rute pemberian.
 - b. Periksa identifikasi pasien dengan benar (nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis).

2. **Persiapan Alat dan Bahan:**
 - a. Obat yang akan diberikan (dalam vial atau ampul)
 - b. Spuit (syringe) steril
 - c. Jarum suntik steril
 - d. Kapas alkohol
 - e. Sarung tangan non-steril
 - f. Plester
 - g. Tourniket (tourniquet)

Pelaksanaan

1. **Cuci Tangan:**

Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan hand sanitizer.

2. **Persiapan Pasien:**

- a. Jelaskan prosedur kepada pasien dan pastikan pasien mengerti serta memberikan persetujuan.
- b. Posisi pasien dalam keadaan nyaman.

3. **Persiapan Obat:**

- a. Ambil obat menggunakan spuit steril.
- b. Gantilah jarum suntik yang digunakan untuk mengambil obat dengan jarum suntik baru yang steril.

4. **Persiapan Vena:**

- a. Pilih vena yang sesuai (biasanya di lengan bawah).
- b. Pasang tourniket sekitar 5-10 cm di atas lokasi yang akan disuntik.
- c. Bersihkan area injeksi dengan kapas alkohol dengan gerakan melingkar dari dalam ke luar.

5. **Pemberian Obat:**

- a. Pasang jarum ke vena dengan sudut sekitar 15-30 derajat.
- b. Setelah darah muncul di dalam spuit, lepaskan tourniket.
- c. Masukkan obat secara perlahan sesuai instruksi.
- d. Lepaskan jarum dengan hati-hati dan tutup area injeksi dengan kapas alkohol.
- e. Amankan dengan plester jika diperlukan.

Tindakan Pencegahan dan Keselamatan

1. Alergi:

Periksa riwayat alergi pasien sebelum memberikan obat.

2. Infeksi:

Gunakan teknik aseptik untuk mencegah infeksi.

3. Reaksi Obat:

Pantau pasien selama dan setelah pemberian obat untuk reaksi merugikan.

Dokumentasi

1. Catatan Medis:

- a. Catat jenis obat, dosis, waktu pemberian, lokasi injeksi, dan reaksi pasien.
- b. Tulis inisial dan tanda tangan perawat yang memberikan obat.

2. Laporan Insiden:

Laporkan dan dokumentasikan jika terjadi insiden atau reaksi merugikan.

Tinjauan dan Revisi

Prosedur ini akan ditinjau setiap 2 tahun atau sesuai kebutuhan berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam praktik keperawatan.

Kesimpulan

Standar asuhan keperawatan dan prosedur tetap adalah pilar utama dalam praktik keperawatan profesional yang berkualitas. Melalui penerapan standar yang ketat dan protap yang rinci, perawat dapat memastikan bahwa mereka memberikan perawatan yang konsisten, aman, dan berbasis bukti kepada pasien. Di Indonesia, PPNI telah berperan penting dalam menetapkan standar dan protap ini, sehingga memfasilitasi peningkatan kualitas asuhan keperawatan secara nasional. Dengan mematuhi standar dan protap ini, perawat tidak hanya berkontribusi pada kesejahteraan dan keselamatan pasien, tetapi juga mengangkat profesi keperawatan ke tingkat yang lebih tinggi.

Implementasi yang efektif dari standar asuhan keperawatan dan prosedur tetap juga mendukung perkembangan profesional perawat, memperkuat sistem pelayanan kesehatan, dan pada akhirnya meningkatkan hasil kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, penting bagi semua perawat untuk memahami, menerapkan, dan terus memperbarui pengetahuan mereka tentang standar dan protap ini, guna menjamin pelayanan kesehatan yang optimal dan berkelanjutan.

Daftar Pustaka

- Aji, P. T., Umarianti, T., Oktariani, M., Windyastuti, E., Irdianty, M. S., & Sensussiana, T. (2018). *Modul ajar keperawatan profesional*. Surakarta:Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta. <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/155/1/8>. Modul Keprof.pdf
- ANA. (2015). *Standards of Professional Nursing Practic*. The Publishing Program of ANA <http://www.Nursesbooks.org>.
- Berman, A., Snyder, J. S., & Frandsen, G. (2021). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice. Eleventh Edition*. United Kingdom:Pearson Education Limited.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Amy M. Hall. (2020). *Fundamentals of Nursing* (Tenth Edit). Canada:Elsevier.
- Yoost, B. L., & Crawford, L. R. (2020). *Fundamentals of Nursing Active Learning For Collaboartive Practice*. Canada:Elsevier.
- Zuliani, Hariyanto, S., Maria, D., Tauran, I., Urifah, S., Sugiarto, A., Muhsinah, S., Kurwiyah, N., Marisi, E. L. D., Manik, M. J., Juliani, E., & Kuswati, A. (2023). *Keperawatan Profesional*. Jakarta:Yayasan Kita Menulis. <https://www.bpjs>

Profil Penulis



Dr. Aemilianus Mau, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis yang akrab dipanggil Willy ini lahir di Malaka, 27 Mei 1972. Memiliki Riwayat Pendidikan: Akper PEMDA Kupang NTT, tamat tahun 1996, Ners Unair tamat tahun 2004, S2 Keperawatan Unair, tamat tahun 2010, S3 Keperawatan UI, tamat tahun 2023. Penulis sebagai staf dosen tetap pada program studi PPN Poltekkes Kemenkes Kupang. Riwayat organisasi: sebagai Ketua DPW PPNI NTT, Anggota Bidang Diklat DPP PPNI.

Email Penulis: aemilianusmau58@gmail.com

PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN, ISTIRAHAT DAN TIDUR

Kurniati Prihatin, Ners., M.Kep.
STIKES YARSI Mataram

Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

1. Definisi Kenyamanan

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial (Keliat, Windarwati, Pawirowiyono, & Subu, 2015).

Kenyamanan menurut (Keliat dkk., 2015) dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau rasa nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

Menurut Potter & Perry (2006) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu

kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan.

2. Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya (Keliat dkk., 2015). Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut. Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam

dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

3. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah, & Mulyaningrum, 2013) Gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

4. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

a. Gejala penyakit.

b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.

- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
 - d. Kurangnya privasi.
 - e. Gangguan stimulasi lingkungan.
 - f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
 - g. Gangguan adaptasi kehamilan.
5. Gejala Dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman (mual) dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2016):

a. Gejala Mayor

Data Subjektif:

- 1) Mengeluh tidak nyaman
- 2) Mengeluh mual
- 3) Mengeluh ingin muntah
- 4) Tidak berminat makan

Data Objektif: (tidak tersedia)

b. Gejala Minor

Data Subjektif

- 1) Merasa asam di mulut
- 2) Sensasi panas/dingin
- 3) Sering menelan

Data Objektif

- 1) Saliva meningkat
- 2) Pucat
- 3) Diaphoresis

- 4) Takikardi
- 5) Pupil dilatasi

Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur

1. Definisi

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Istirahat dan tidur yang cukup, akan membuat tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Istirahat berarti suatu keadaan tenang, relaks, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Beristirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali. Berjalan-jalan di taman terkadang juga bisa dikatakan sebagai suatu bentuk istirahat

Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan aktifitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respon terhadap stimulus eksternal. Hampir sepertiga dari waktu individu digunakan untuk tidur. Hal tersebut didasarkan pada keyakinan bahwa tidur dapat memulihkan atau mengistirahatkan fisik setelah seharian beraktivitas, mengurangi stres dan kecemasan, serta dapat meningkatkan kemampuan dan konsentrasi saat hendak melakukan aktivitas sehari-hari.

2. Fisiologi Tidur

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel

khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensorik raba, serta emosi dan proses berfikir. RAS melepaskan katekolamin pada saat sadar, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR.

3. Ritme Srikandi

Mahluk hidup memiliki bioritme (jam biologis) yang berbeda. Bioritme pada manusia dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan faktor lingkungan (misalnya: cahaya, kegelapan, gravitasi dan stimulus elektromagnetik). Bentuk bioritme yang paling umum adalah ritme sirkadian yang melingkupi siklus selama 24 jam. Fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, temperatur, sekresi hormon, metabolisme, dan penampilan serta perasaan individu bergantung pada ritme sirkadiannya. Tidur adalah salah satu irama biologis tubuh yang sangat kompleks. Sinkronisasi sirkadian terjadi jika individu memiliki pola tidur bangun yang mengikuti jam biologisnya: individu akan bangun pada saat ritme fisiologis paling tinggi atau paling aktif dan akan tidur pada saat ritme tersebut paling rendah.

4. Tahapan Tidur

Penelitian yang dilakukan dengan bantuan alat elektro ensefalogram (EEG), elektro okulogram (EOG), dan elektrokardiogram (EMG), diketahui ada dua tahapan tidur, yaitu *non-rapid eye movement* (NREM) dan *rapid eye movement* (REM).

a. Tidur NREM

Tidur NREM disebut juga sebagai tidur gelombang pendek karena gelombang otak yang ditunjukkan oleh orang yang tidur lebih pendek dari pada

gelombang alfa dan beta yang ditunjukkan orang yang sadar. Tidur NREM terjadi penurunan sejumlah fungsi fisiologi tubuh. Semua proses metabolisme termasuk tanda-tanda vital, metabolisme, dan kerja otot melambat.

Tidur NREM sendiri terbagi atas 4 tahap (I-IV). Tahap I-II disebut sebagai tidur ringan (*light sleep*) dan tahap III-IV disebut sebagai tidur dalam (*deep sleep*) atau (*delta sleep*).

- 1) Tahap 1 NREM
 - a) Tahap meliputi tingkat paling dangkal dari tidur
 - b) Tahap berakhir beberapa menit
 - c) Pengurangan aktivitas fisiologis dimulai dengan penurunan secara bertahap tanda-tanda vital dan metabolisme
 - d) Seseorang dengan mudah terbangun oleh stimulus sensori seperti suara
 - e) Seseorang ketika terbangun merasa seperti telah melamun
- 2) Tahap 2 NREM
 - a) Tahap 2 merupakan periode tidur bersuara
 - b) Kemajuan relaksasi
 - c) Terbangun masih relatif mudah
 - d) Tahap berakhir 10 hingga 20 menit
 - e) Kelanjutan fungsi tubuh menjadi lamban
- 3) Tahap 3 NREM
 - a) Tahap 3 meliputi tahap awal dari tidur yang dalam

- b) Orang yang tidur sulit dibangunkan dan jarang bergerak
 - c) Otot-otot dalam keadaan santai penuh
 - d) Tanda-tanda vital menurun tapi tetap teratur
 - e) Tahap berakhir 15 hingga 30 menit
- 4) Tahap 4 NREM
- a) Tahap 4 merupakan tahap tidur terdalam
 - b) Sangat sulit untuk membangunkan orang yang tidur
 - c) Orang yang kurang tidur akan menghabiskan porsi malam yang seimbang pada tahap ini
 - d) Tanda-tanda vital menurun secara bermakna disbanding selama jam terjaga
 - e) Tahap berakhir kurang lebih 15 hingga 30 menit
 - f) Tidur sambil berjalan dan anuresis dapat terjadi
- b. Tidur REM

Tidur REM biasanya terjadi setiap 90 menit dan berlangsung selama 5-30 menit. Tidur REM tidak menyenyak tidur NREM, dan sebagian besar mimpi terjadi pada tahap ini. Otak cenderung aktif selama tidur REM dan metabolismenya meningkat hingga 20%. Tahap ini individu menjadi sulit untuk dibangunkan atau justru dapat bangun dengan tiba-tiba, tonus otot terdepresi, sekresi lambung meningkat, dan frekuensi jantung dan pernapasan sering kali tidak teratur.

Karakteristik tidur REM:

- 1) Mimpi yang penuh warna dan tampak hidup dapat terjadi pada REM. Mimpi yang kurang hidup dapat terjadi pada tahap yang lain.
- 2) Tahap ini biasanya dimulai sekitar 90 menit setelah mulai tidur
- 3) Dicitrakan dengan respon otonom dari pergerakan mata yang cepat, fluktuasi jantung dan kecepatan respirasi dan peningkatan atau fluktuasi tekanan darah
- 4) Terjadi tonus otot skelet penurunan
- 5) Peningkatan sekresi lambung
- 6) Sangat sulit sekali membangunkan orang yang tidur
- 7) Durasi dari tidur REM meningkat pada tiap siklus dan rata-rata 20 menit.

5. Siklus Tidur

Individu melewati tahap tidur NREM dan REM selama tidur. Siklus tidur yang komplit normalnya berlangsung selama 1,5 jam, dan setiap orang biasanya melalui empat hingga lima siklus selama 7-8 jam tidur. Siklus tersebut dimulai dari tahap NREM yang berlanjut ke tahap REM. Tahap NREM I-III berlangsung selama 30 menit, kemudian diteruskan ke tahap IV selama \pm 20 menit. Individu kemudian kembali melalui tahap III dan II selama 20 menit. Tahap I REM muncul sesudahnya dan berlangsung selama 10 menit.

6. Faktor yang Mempengaruhi Kuantitas dan Kualitas Tidur

Faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur diantaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stres emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi.

a. Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak dari pada biasanya. Siklus bangun-tidur selama sakit juga dapat mengalami gangguan.

b. Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus yang asing dapat menghambat upaya tidur. Contoh, temperatur yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat mempengaruhi tidur seseorang. Seiring waktu individu bisa beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh dengan kondisi tersebut.

c. Kelelahan

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat biasanya siklus REM akan kembali memanjang.

d. Gaya Hidup

Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur pada waktu yang tepat.

e. Stress Emosional

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinephrin darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur.

f. Stimulan dan Alkohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang SSP sehingga dapat mengganggu pola tidur. Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM. Pengaruh alkohol yang telah hilang dapat menyebabkan individu sering kali mengalami mimpi buruk.

g. Diet

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga di malam hari. Penambahan berat badan dikaitkan dengan peningkatan total tidur dan sedikitnya periode terjaga di malam hari.

h. Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari.

i. Medikasi

Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM, betablocker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik (misalnya:

meperidin hidroklorida dan morfin) diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari.

j. Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk.

7. Gangguan Tidur yang Umum Terjadi

a. Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Gangguan tidur ini umumnya ditemui pada individu dewasa. Penyebabnya bisa karena gangguan fisik atau karena faktor mental seperti perasaan gundah atau gelisah.

b. Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antarlain sering terjaga (misalnya: tidur berjalan, *night terror*), gangguan transisi bangun-tidur (misalnya: mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (misalnya: mimpi buruk), dan lainnya (misalnya: bruksisme).

c. Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi tertentu, seperti kerusakan sistem saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena

gangguan metabolisme (misalnya: hipertiroidisme). Hipersomnia pada kondisi tertentu dapat digunakan sebagai mekanisme koping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari.

d. Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai “serangan tidur” atau *sleep attack*. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik sistem saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendalinya periode tidur REM. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan, seperti amfetamin atau metilpenidase, hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramin hidroklorida.

e. Apnea saat tidur

Apnea saat tidur atau *sleep apnea* adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengatup berlebihan pada siang hari, sakit kepala disiang hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung.

Daftar Pustaka

- Ariga, A. (2020). Konsep Dasar Keperawatan (dkk Nasution Z (ed.)). Deepublish Publisher.
- Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. Pusdika SDM Kesehatan
- Keliat, dkk. (2015). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. Jakarta: Perpustakaan Nasional Katalog Dalam Terbitan
- Mardella, E. A., Ester, M., Riskiyah, S. Y., & Mulyaningrum, M. (2013). Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Mubarak, Wahit Iqbal. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, A. (2011). Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik. Jakarta: Salemba Medika.
- Pangkey, dkk. (2021). Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan (A. Karim (ed.)). Yayasan Kita Menulis.
- Patricia, A.P. dan Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia

Profil Penulis



Kurniati Prihatin, S.Kep., Ners., M.Kep.

Lahir di Ampenan 28 Maret 1988, Lombok, Provinsi Nusa Tenggara Barat, Lulus S1 Keperawatan pada tahun 2010 dan menyelesaikan studi profesi Ners pada tahun 2012 di STIKES Yarsi Mataram, penulis bekerja di STIKES Yarsi Mataram bekerja sebagai Dosen di Program Studi Ners Jenjang Akademik (S1 Keperawatan). Penulis telah menyelesaikan pendidikan Strata Dua (S2) Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan judul thesis Pengaruh Self Efficacy dan Dukungan keluarga Terhadap Kepatuhan Terapi Penderita CHF.

Penulis tergabung dalam departemen Keperawatan Medikal Bedah di Prodi S1 Keperawatan STIKES YARSI Mataram. Penulis mendalami Keperawatan Dasar, Medikal Bedah dan keperawatan Gawat Darurat dan fokus melakukan penelitian, pengabdian dan pengajaran pada bidang Keperawatan Dasar dan KMB terutama pada kasus-kasus kardiovaskular.

Email Penulis: syaefaturrahman@gmail.com

PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN

Nurul Hayati, Ns., S.Kep., M.M.
Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Pendahuluan

Kebutuhan Aktivitas adalah kebutuhan dasar manusia yang mencakup kemampuan untuk bergerak dan melakukan aktivitas fisik yang diperlukan untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan. Dari perspektif keperawatan profesional, ini melibatkan identifikasi, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi kesehatan, kemampuan, dan tujuan individu pasien. Pemenuhan kebutuhan aktivitas bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, mencegah komplikasi terkait imobilitas, dan mendukung rehabilitasi serta pemulihan kesehatan.

Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan melibatkan pendekatan holistik yang mempertimbangkan kondisi kesehatan, kebutuhan individu, dan tujuan rehabilitasi atau perawatan pasien. Beberapa langkah dan strategi yang diterapkan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dan latihan pasien yaitu Penilaian awal, Perencanaan aktivitas, Pelaksanaan aktivitas, Edukasi dan dukungan, Pemantauan dan evaluasi.

Perencanaan aktivitas latihan meliputi, pengembangan rencana latihan yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan, kemampuan, dan tujuan pasien, dan bekerja sama dengan tim multidisiplin seperti fisioterapis, dokter, serta ahli gizi untuk merancang program latihan yang komprehensif.

Pada implementasi program latihan adalah mengatur jadwal latihan yang teratur dan memastikan pasien mengikuti program yang telah direncanakan. Memantau pasien selama latihan untuk memastikan keamanan dan memberikan dukungan serta motivasi, serta melakukan modifikasi menyesuaikan latihan berdasarkan respons dan kemajuan pasien, serta mengatasi hambatan atau masalah yang muncul. Pada tahap implementasi ini penting juga dilakukan edukasi terkait Teknik latihan yang benar serta pentingnya pemulihan.

Pada tahap evaluasi dilakukan pemantauan kemajuan pasien dan menyesuaikan program aktivitas berdasarkan respons dan hasil, serta mengevaluasi efektivitas program aktivitas dalam mencapai tujuan kesehatan dan kebugaran pasien.

Pengertian

Latihan aktivitas, menurut ahli kesehatan, merujuk pada setiap bentuk gerakan fisik yang sengaja dilakukan dengan tujuan meningkatkan kesehatan fisik dan mental seseorang. Ini bisa mencakup berbagai aktivitas, mulai dari latihan kardiovaskular seperti berlari atau berenang, latihan kekuatan seperti angkat beban, hingga aktivitas yang lebih ringan seperti jalan kaki atau yoga. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kebugaran, mengurangi risiko penyakit, meningkatkan kesejahteraan mental, dan mendukung kualitas hidup secara keseluruhan (AHA, 2020). Latihan merupakan aktivitas

yang dilakukan seseorang untuk meningkatkan atau memelihara kebugaran tubuh (Sukadiyanto,2010).

Sistem Tubuh yang Berperan dalam Kebutuhan Aktivitas Menurut (Tinungki, Dkk 2023)

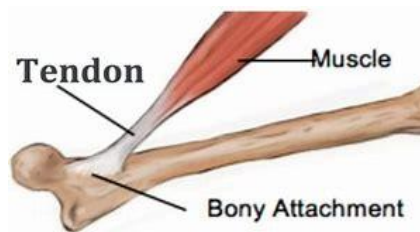
1. Tulang



Gambar 23.1 Tulang

Tulang memiliki beberapa fungsi penting dalam tubuh manusia. Pertama, secara mekanis, tulang membentuk rangka tubuh dan memberikan tempat untuk melekatnya otot-otot. Kedua, tulang berperan sebagai tempat penyimpanan mineral, terutama kalsium dan fosfor, yang dilepaskan sesuai kebutuhan tubuh. Ketiga, tulang juga berfungsi sebagai tempat produksi sel darah di dalam sumsum tulang. Terakhir, tulang memberikan perlindungan kepada organ-organ vital dalam tubuh.

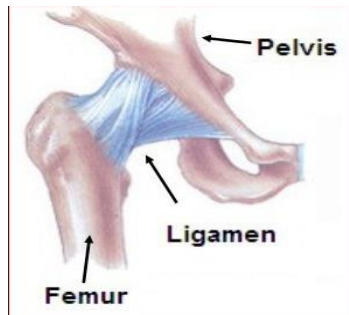
2. Otot dan tendon



Gambar 23.2: Otot dan Tendon

Otot memungkinkan tubuh untuk bergerak sesuai keinginan melalui kemampuannya untuk berkontraksi. Setiap otot memiliki dua titik penting yang disebut origo dan insersi, yang terhubung dengan tulang melalui tendon. Tendon adalah jaringan ikat yang kuat dan melekat pada tulang di tempat insersinya.

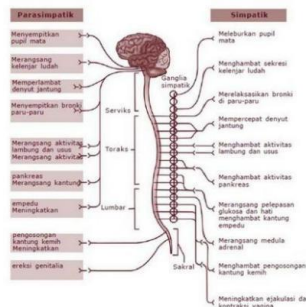
3. Ligamen



Gambar 23.3 Ligamen

Ligamen adalah jaringan yang menghubungkan satu tulang dengan tulang lainnya. Di lutut, ligamen berperan sebagai penjaga stabilitas. Jika ligamen mengalami putus, hal ini dapat mengganggu sistem kestabilan dan menyebabkan ketidakstabilan pada sendi.

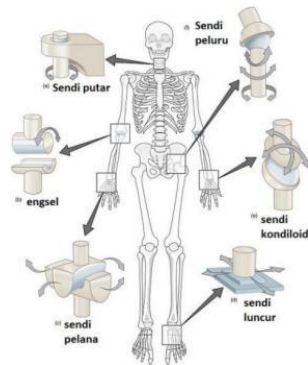
4. Sistem saraf



Gambar 23.4: Saraf

Sistem saraf terdiri atas sistem saraf pusat (otak dan medula spinalis) dan sistem saraf tepi (percabangan dari sistem saraf pusat). Setiap saraf memiliki bagian somatis dan otonom. Bagian somatis memiliki fungsi motorik dan sensorik.

5. Sendi



Gambar 23.5 Sendi

Merupakan tempat dua atau lebih ujung tulang bertemu. Sendi membuat segmentasi dari kerangka tubuh dan memungkinkan gerakan antarsegmen dan berbagai derajat pertumbuhan tulang.

Kebutuhan Mobilitas dan Imobilitas

1. Pengertian mobilitas

Menurut Widuri, 2019 Mobilitas merupakan kemampuan individu dalam bergerak bebas, mudah dan teratur. jenis jenis mobilitas ada 2 yaitu :

- a. Mobilitas penuh, dimana seseorang dapat melakukan aktivitas secara bebas, mandiri dalam menjalankan peran sehari-hari
- b. Mobilitas sebagian, seseorang yang melakukan aktivitas sebagian dengan dibantu hal ini terjadi

karena terdapat gangguan pada sisten motorik dan sensorik.

2. Faktor yang mempengaruhi mobilitas

a. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari. Olah ragawan biasanya memiliki gaya hidup atau kebiasaan yang sehat, mulai dari nutrisi yang tercukupi, latihan fisik yang baik sampai kebutuhan tidur yang teratur.

b. Proses penyakit/cedera

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena dapat mempengaruhi sistem tubuh. Contohnya, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam ekstremitas bagian bawah.

c. Budaya

Kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Contoh, orang yang memiliki kebudayaan berjalan jauh kemampuan berjalannya lebih kuat daripada, orang yang memiliki kebudayaan tidak pernah berjalan jauh.

d. Tingkat energi

Energi merupakan sumber untuk melakukan aktivitas. Energi yang cukup dapat mendorong seseorang untuk melakukan aktivitas yang baik. Tidak terkecuali seorang atlet, seorang atlet memerlukan energi yang baik untuk menjaga kesegaran tubuhnya agar tetap prima. Kesegaran yang prima diimbangi dengan keterampilan teknik

dan taktik yang baik merupakan faktor pendorong atlet untuk memperoleh prestasi (Pusat Pengkajian dan Pengembangan IPTEK Olahraga, 1999 dalam Iswahyudi 2007) .

e. Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan aktivitas pada usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia. Usia dewasa akan lebih baik pada kemampuan fungsi alat gerak dari pada orang pada usia lanjut.

3. Pengertian imobilitas

Imobilitas adalah kondisi keterbatasan fisik tubuh atau ekstremitas dimana seseorang tidak dapat melakukan aktivitas secara normal akibat gangguan pada pergerakan. Misalnya, fraktur, stroke, Impuh, kelemahan dan lain sebagainya (Nurarif dan Kusuma,2015).

Nilai Aktivitas dan Latihan

1. Kategori tingkat kemampuan aktivitas

Kategori Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tingkat Aktivitas /Mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawas orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawas orang lain, dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung&tidak dapat memerlukan atau berpartisipasi dalam perawatan

2. Rentang gerak

GERAKAN	LETAK GONIOMETER	ROM NORMAL
CERVICAL Ekstensi/Fleksi Lat,Fleksi Destra/Sinistra Rotasi Destra/Sinistra	Temporomandibular joint Garis tengah proc. mastoideus Garis tengah hidung	S. 45° - 0° - 40° F. 45° - 0° - 45° R. 50° - 0° - 50°
THORACAL & LUMBAL Ekstensi/Fleksi Lat,Fleksi Destra/Sinistra Rotasi Destra/Sinistra	Garis tengah tubuh Garis tengah vertebra Garis tengah sutura frontalis	S. 30° - 0° - 85° F. 30° - 0° - 30° R. 45° - 0° - 45°
SHOULDER Ekstensi/fleksi Abduksi/Adduksi Abd/Add Horizontal Ekso/Endorotasi	Titik tengah aspek lat.acromion Titik tengah aspek ant.acromion Titik tengah aspek lat.acromion Olecranon os ulna	S. 50° - 0° - 170° F. 170° - 0° - 75° T. 30° - 0° - 135° R. 90° - 0° - 80°
ELBOW Ekstensi/fleksi Supinasi/Pronasi	Epicondylus lateran humerus Jari ke tiga	S. 0° - 0° - 150° R. 90° - 0 - 80°
WRIST Ekstensi/Fleksi Radial/ulnar Deviasi	Os Triquetrum Os capitatum	S. 50° - 0° - 60° F. 20° - 0° - 30°
CARPOMETACARPAL 1 Ekstensi/Fleksi Abduksi/Adduksi	Proc. Styloideus radi Proc. Styloideus radi	S. 0° - 0° - 50° F. 30° - 0 - 70°

3. Derajat kekuatan otot

Derajat 5	Kekuatan normal dimana seluruh gerakan dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan.
Derajat 4	Dapat melakukan <i>range of motion</i> (ROM) secara penuh dan dapat melawan tahanan organ.
Derajat 3	Dapat melakukan range of motion (ROM) secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi), tetap tidak dapat melawan tahanan.
Derajat 2	Dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan <i>range of motion</i> (ROM) secara penuh.
Derajat 1	Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan.
Derajat 0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.

Prosedur Tindakan Keperawatan pada Gangguan Kebutuhan Aktivitas

1. Alat dan Bahan

Sebelum melakukan asuhan keperawatan kebutuhan aktivitas saudara harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan:

- a. Form pengkajian
 - b. Tempat cuci tangan
 - c. Sabun untuk cuci tangan
 - d. Handuk
 - e. Tensimeter
 - f. Jam tangan
 - g. Stetoskop
 - h. Kursi roda
 - i. Kruk
2. SOP Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur ke Kursi Roda
- a. Pengertian
Memindahkan pasien yang tidak dapat/tidak boleh berjalan, dilakukan dari tempat yang satu ke tempat yang lain.
 - b. Tujuan
Mengurangi/menghindarkan pergerakan pasien sesuai dengan keadaan fisiknya., Memenuhi kebutuhan konsultasi atau pindah ruangan.
 - c. Kebijakan
Pelaksanaan dilakukan oleh petugas yang terampil.
 - d. Prosedur
Persiapan alat:
 - a. Kursi roda
 - b. Handscun atau sarung tangan (jika perlu)

Persiapan pasien

- a. Pasien berada di tempat tidur
- b. Jelaskan prosedur pada pasien
- c. Atur posisi tempat tidur pasien pada posisi paling rendah, sampai kaki pasien bisa menyentuh lantai.
- d. Letakkan kursi roda sejajar atau sedekat mungkin dengan tempat tidur, kunci semua roda kurs

Pelaksanaan

- a. Bantu pasien duduk di tepi tempat tidur
- b. Kaji postural hipotensi
- c. Instruksikan pasien untuk bergerak ke depan dan duduk di tepi bed.
- d. Instruksikan mencondongkan tubuh ke depan mulai dari pinggul.
- e. Instruksikan meletakkan kaki yang kuat di bawah tepi bed, sedangkan kaki yang lemah berada di depannya.
- f. Meletakkan tangan pasien di atas permukaan bed atau di atas kedua bahu perawat.
- g. Berdiri tepat di depan pasien, condongkan tubuh ke depan, fleksikan pinggul, lutut, dan pergelangan kaki. Lebarkan kaki dengan salah satu di depan dan yang lainnya di belakang.
- h. Lingkari punggung pasien dengan kedua tangan perawat.
- i. Tangan otot gluteal, abdominal, kaki dan otot lengan anda siap untuk melakukan gerakan.
- j. Bantu pasien untuk berdiri, kemudian bergerak-gerak bersama menuju kursi roda.

- k. Bantu pasien untuk duduk, minta pasien untuk membelakangi kursi roda, meletakkan kedua tangan di atas lengan kursi roda atau tetap pada bahu perawat.
 - l. Minta pasien untuk menggeser duduknya sampai pada posisi yang paling aman.
 - m. Turunkan tatakan kaki, dan letakkan kedua kaki pasien di atasnya.
 - n. Buka kunci roda pada kursi
3. SOP Menggunakan Alat Bantu Jalan Kruk
- a. Pengertian Kruk

Kruk yaitu tongkat atau alat bantu untuk berjalan, biasanya digunakan secara berpasangan yang di ciptakan untuk mengatur keseimbangan pada saat akan berjalan.
 - b. Tujuan Penggunaan Kruk
 - 1) Meningkatkan kekuatan otot, pergerakan sendi dan kemampuan mobilisasi.
 - 2) Menurunkan risiko komplikasi dari mobilisasi.
 - 3) Menurunkan ketergantungan pasien dan orang lain.
 - 4) Meningkatkan rasa percaya diri klien.
 - c. Fungsi Kruk
 - 1) Sebagai alat bantu berjalan.
 - 2) Mengatur atau memberi keseimbangan waktu berjalan.
 - 3) Membantu menyokong sebagian berat badan.

d. Indikasi Pengguna Kruk

- 1) Pasien dengan fraktur ekstremitas bawah.
- 2) Pasien dengan post op amputasi ekstremitas bawah.
- 3) Pasien dengan kelemahan kaki atau post stroke.

e. Kontra Indikasi Kruk

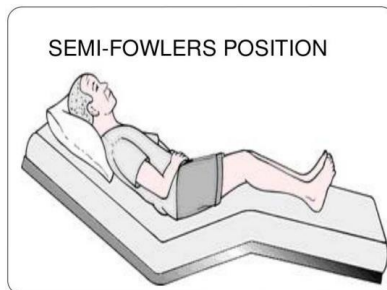
- 1) Penderita demam dengan suhu tubuh lebih dari 37° C
- 2) Penderita dalam keadaan bedrest.
- 3) Penderita dengan post op.

f. Manfaat Penggunaan Kruk

- 1) Memelihara dan mengembalikan fungsi otot
- 2) Mencegah kelainan bentuk, seperti kaki menjadi bengkok
- 3) Memelihara dan meningkatkan kekuatan otot
- 4) Mencegah komplikasi, seperti otot mengecil dan kekakuan sendi.

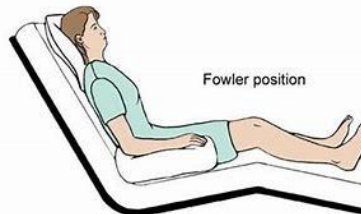
4. Menurut Saputra (2013) dalam Adha (2017), ada beberapa penatalaksanaan gangguan mobilisasi secara umum diantaranya, yaitu :

a. Semi fowler



Yang dimaksud dengan sikap semi fowler adalah sikap dalam posisi setengah duduk 15 derajat sampai dengan 60 derajat.

b. Fowler



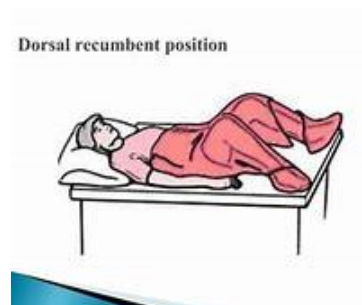
Posisi duduk, dimana pasien istirahat diatas tempat tidur dengan tubuh agak dinaikan keatas dan derajat ketinggian (75 – 90) derajat.

c. Lithotomi



Posisi Lithotomi adalah posisi dimana pasien terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan ditarik ke atas abdomen.

d. Dorsal recubment



Posisi dorsal recumbent adalah posisi terlentang dengan kedua kaki ditekuk dan tumit atau telapak kaki menempel pada tempat tidur dan kedua kaki diregangkan.

e. SIM



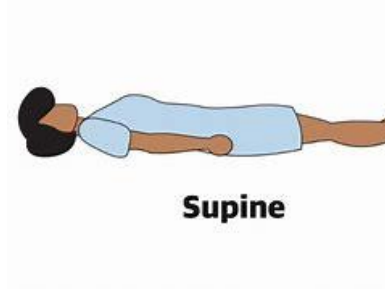
Posisi sims adalah posisi dimana pasien berbaring miring ke salah satu sisi, baik kekanan atau kekiri.

f. Trendelenburg



Posisi trendelenberg adalah memberikan posisi kepala lebih rendah dari pada posisi kaki.

g. Supine



Posisi supinasi adalah posisi pasien berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi dengan menggunakan bantal.

h. Pronasi



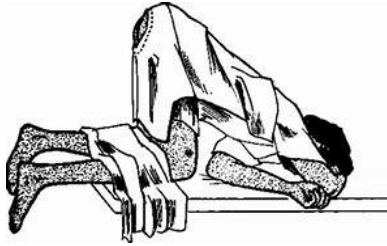
Posisi pronasi adalah posisi dimana klien berbaring di atas abdomen atau tengkurap dengan kepala menoleh ke samping.

i. Miring kanan dan miring kiri



Posisi lateral adalah posisi klien berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh ke samping

j. Kneechest



Posisi klien dengan berlutut kedepan dengan kepala dan dada teratas rileks pada tempat tidur.

Daftar Pustaka

- Adha, S.A. (2017). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di IRNA C RSSN Bukittinggi. Karya Tulis Ilmiah. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
- Alimul Hidayat, A. Aziz dan Uliyah, Musrifatul. 2004. Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : EGC.
- Alimul Hidayat, A. Aziz. 2006. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Jilid 1. Surabaya : Salemba Medika.
- American Heart Association. (2020). Physical Activity Improves Quality of Life.
- Darlina, Devi, dkk. 2014. Kebutuhan Aktivitas dan Mobilisasi. Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Banda Aceh.
- Dewi, S. R., & Ners, S. K. (2015). Buku ajar keperawatan gerontik. Deepublish.
- Nurarif, A.H. dan Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC_NOC. Yogyakarta; MediAction.
- Sukadiyanto. 2005. Pengantar Teori dan Metodologi Melatih Fisik. Yogyakarta: FIK Universitas Negeri Yogyakarta
- Tinungki, Y. L., Hairat, U., Rinarto, N. D., Supatmi, S., Destari, P. L., Zen, S.,&
- Sagitarini, P. N. (2023). Buku Ajar Ilmu Biomedik Dasar. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Widuri, H. (2010). Kebutuhan Dasar Manusia (Aspek Mobilitas dan Istirahat Tidur). (Riyadi, S, Ed.) Yogyakarta; Gosyen Publishing.

Profil Penulis



Nurul Hayati, Lahir di samping Madura, 29 Juni 1965. Penulis memulai Pendidikan Kesehatan di SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) Depkes Jember, lulus tahun 1985, dan melanjutkan Pendidikan D3 Keperawatan Sutopo (Program Keguruan) Surabaya lulus tahun 1992, lulus dari Program Pendidikan Bidan (P2B Program B-Guru Bidan) Sutopo Surabaya tahun 1995. Tahun 2000 melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan dan lulus Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2003. Lulus Magister Manajemen Pendidikan Paska Sarjana STIE Indonesia Malang tahun 2011. Riwayat pekerjaan diangkat sebagai PNS tahun 1987 ditempatkan di Puskesmas Wilayah Kabupaten Lumajang.tahun 1992 menjadi Guru Sekolah Perawat Kesehatan, tahun 1996 Juga mengajar di Sekolah Pendidikan Bidan, tahun 1998 sebagai Dosen tetap di Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang, pernah menjabat wakil Direktur bidang Kurikulum dan Bidang Kemahasiswaan, tahun 2007 menjabat sebagai Direktur Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang dan sejak tahun 2018 sampai dengan sekarang (tahun 2024) sebagai Koordinator Universitas Jember Kampus Lumajang.

Penulis juga aktif diberbagai kegiatan sosial, organisasi, menjadi aktivis kesehatan yaitu sebagai Ketua Forum Lumajang Sehat. Ketua Pokja Masyarakat Peduli kesehatan di Kabupaten Lumajang yang bersinergi dengan pemerintah daerah Kabupaten lumajang untuk meningkatkan pelayanan publik bidang kesehatan, khususnya pelayanan KIA /KB .Pada tahun 2014 menerima penghargaan Radar Jember Award Kategori perempuan, tahun 2015 menerima piagam tanda kehormatan satyalancana karya satpa XX tahun dari Presiden RI dan pada tahun 2020 memperoleh penghargaan Gender champion dari Bupati Lumajang atas dedikasinya sebagai aktivis kesehatan.

Email Penulis: nuruhyt@unej.ac.id

PEMENUHAN KEBUTUHAN *HYGIENE DAN SELF CARE*

Sri Widowati, M.Kep
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Malang

Memenuhi kebutuhan dasar pasien tidak hanya menciptakan hubungan pribadi antara perawat dan pasien, tetapi juga memelihara dan meningkatkan kesehatan pasien. Hal ini merupakan tanggungjawab perawat dalam memberikan kualitas perawatan yang tepat dengan mengatur seberapa banyak bantuan yang harus diberikan untuk pasien, sehingga pasien mampu memenuhi kebutuhan dasarnya secara bertahap mulai dari tergantung sepenuhnya sampai mandiri. Banyaknya kondisi penyakit yang dialami oleh pasien, mulai dari akut dan kronis, menular dan tidak menular, mulai dari usia bayi sampai lanjut usia membawa dampak besar pada sistem perawatan yang ada termasuk dalam praktik kebersihan diri.

Self Care

Perawatan diri telah dilakukan di masyarakat sebelum sistem kesehatan secara resmi dibentuk, pada kasus tertentu masyarakat mengandalkan perawatan diri karena sulitnya akses terhadap perawatan kesehatan. Dengan perkembangnya pola penyakit kronis di masyarakat, kebutuhan terhadap perawatan diri juga

semakin meningkat, tidak hanya pada manajemen penyakit kronis tapi juga munculnya kelompok-kelompok pendukung. Tindakan untuk perawatan diri mulai mendapatkan perhatian bersamaan dengan meningkatnya fokus pada perawatan pasien lansia dengan berbagai penyakit kronisnya. Masyarakat mulai membentuk kelompok-kelompok pendukung dan memberi motivasi dalam perawatan diri (Martínez, Connelly, Pérez, & Calero, 2021).

Perawatan diri adalah salah satu bentuk pengaturan diri individu dengan mempertimbangkan apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukan tindakan tersebut dengan mandiri untuk mempertahankan kesehatan, meningkatkan perkembangan, dan kesejahteraan. Perawatan diri harus dipelajari, dan harus dilakukan dengan sadar secara terus menerus, berupaya untuk tepat waktu dan sesuai dengan persyaratan dalam pengaturan individu. Persyaratan ini sesuai dengan tahap perkembangan, kondisi kesehatan atau penyakit yang dialami, tingkat penggunaan energi, dan faktor lingkungan (Taalab, Qasem, Gamal, & Ashour, 2021).

Menurut WHO, perawatan diri merupakan kemampuan individu, keluarga, dan masyarakat dalam melakukan tindakan untuk mencegah, menjaga, meningkatkan kesehatan, dan mengatasi penyakit serta kecacatan dengan atau tanpa bantuan penyedia layanan kesehatan. Dengan demikian tekanan ekonomi pada sistem perawatan kesehatan dan ketidakcukupan cakupan kesehatan dapat diatasi. Hal ini dikarenakan lebih dari 50% penduduk dunia tidak memiliki akses ke layanan kesehatan dan lebih dari 50% orang dewasa yang memiliki satu atau lebih penyakit kronis, sehingga perawatan mandiri merupakan satu-satunya cara untuk menjaga kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan (Hartweg & Metcalfe, 2022).

WHO juga mendefinisikan tentang prinsip-prinsip dasar dalam perawatan diri yaitu otonomi, efikasi diri, pemberdayaan, keterlibatan, dan pemberdayaan masyarakat. Tokoh yang pertama kali mencetuskan konsep perawatan diri dalam teori keperawatan adalah Dorothea Orem. Perawatan diri menurut Orem merupakan tindakan yang dipelajari dan dilakukan dengan sadar untuk mengatur perkembangan dan fungsi individu dalam kesehatannya. Perawatan diri adalah proses perkembangan yang menunjukkan kesehatan, kehidupan, dan kesejahteraan individu. Individu tidak hanya melakukan tindakan tapi juga yang diberikan tindakan perawatan diri. Proses ini bersifat dinamis yang merefleksikan adanya timbal balik antara individu dengan lingkungannya. Teori perawatan diri Orem mempunyai pengaruh yang sangat berarti terhadap pengetahuan keperawatan dan mengarahkan bagaimana praktek keperawatan dilakukan (Martínez, Connelly, Pérez, & Calero, 2021).

Kerangka kerja Orem juga menunjukkan jika setiap individu mempunyai kemampuan untuk menjadi agen perawatan diri, mempraktekkan tindakan perawatan diri, dan perawat bertanggungjawab membantu pasien dalam mencapai tujuan perawatan dirinya. Dalam praktek keperawatan, perawatan diri menjadi intervensi yang diberikan perawat melalui tindakan evaluasi dan edukasi agar pasien mampu memulihkan kesehatannya, mampu hidup mandiri, dan menjadi lebih sejahtera (Martínez, Connelly, Pérez, & Calero, 2021).

Orem menjelaskan bahwa perawatan diri adalah aktivitas kehidupan sehari-hari yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan fisiologi seperti bernafas, makan dan minum, istirahat tidur dan lainnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri dalam waktu-waktu tertentu dan kondisi tertentu disebut dengan **faktor**

pengkondisian dasar, yang terdiri dari 10 faktor, antara lain usia, jenis kelamin, kondisi perkembangan, kondisi kesehatan, pola hidup, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, sosial budaya, ketersediaan sumber daya, dan faktor lingkungan eksternal (Alligood, 2013).

Menurut Orem pada tahap perkembangan bayi dan lansia serta individu yang sakit membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Pada bayi tentunya belum mempunyai pengalaman dalam menghadapi stressor, belum matangnya pertumbuhan fisik, kognitif, dan psikologisnya, belum mampu menggunakan sumber-sumber dukungan, dan belum terampil dalam hal mekanisme coping. Sedangkan pada lansia telah terjadi perubahan struktur dan fisiologi berbagai jaringan dalam tubuh yang menurun fungsinya. Penurunan fungsi psikologis mengakibatkan lansia berkurang minat dalam penampilan, gairah dan kemampuan dalam perawatan diri (Dewie & Has, 2017). Tahap perkembangan dewasa akhir adalah tahap di mana individu memiliki kematangan fisik dan mental. Jika gagal menyelesaikan tugas perkembangan pada tahap ini, maka dapat mempengaruhi kematangan emosional yang akhirnya muncul masalah defisit perawatan diri (Syahdiba et al., 2021).

Teori sistem keperawatan menggambarkan bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien dipenuhi oleh perawat atau pasien melakukannya sendiri. Tindakan ini bukan ketrampilan yang hanya dapat dipelajari dalam waktu yang singkat, tapi memerlukan pengalaman, pembiasaan dengan melakukan komunikasi yang baik. Untuk mendapatkan hasil perawatan yang sangat baik, perawat harus selalu dan terampil melakukan tindakan kebersihan diri (Dewie & Has, 2017). Dengan adanya perubahan sosial, kesehatan, dan meningkatnya kompleksitas praktek antarprofesi, maka pengembangan

teori perawatan diri sangat diperlukan. Pengembangan teori perawatan diri merupakan proses yang berkelanjutan dengan memodifikasi terus menerus dalam praktek keperawatan, penelitian, serta area lainnya yang memungkinkan untuk menyempurnakan (Hartweg & Metcalfe, 2022).

Defisit Self Care

Perawatan pasien dengan ketergantungan total adalah perawatan yang dipelajari dan dilakukan dengan sengaja oleh orang lain seperti anggota keluarga ataupun perawat dengan tujuan mempertahankan fungsi fisiologis dan meningkatkan kesejahteraan. Orem menyebutnya sebagai perawatan dependen yang mengacu pada serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien. Meskipun defisit self care dikembangkan oleh perawat, namun sistem ini dirancang sebagai bentuk kolaborasi antara perawat, pasien, dan sistem pendukung yang didasarkan pada kebutuhan atau kemampuan pasien (Taalab, Qasem, Gamal, & Ashour, 2021).

Hygiene dan Self Care

Kebersihan diri adalah tindakan dan upaya yang dilakukan individu untuk menjaga kesehatannya secara fisik dan psikologis (Suprajitno, Firdaus, & Sunarno, 2017).

Melakukan dan mempraktekkan kebersihan diri sangat penting untuk meningkatkan kesehatan serta mencegah terjadinya penyakit. Banyak faktor yang mempengaruhi bagaimana individu melakukan kebersihan dirinya. Selain faktor sosial demografi, dan psikologis seseorang, maka penyakit yang diderita berpengaruh terhadap produktivitas individu dalam melakukan kebersihan diri (Singh et al., 2023). Perilaku kebersihan diri sangat

berperan dalam menurunkan kejadian penyakit, di mana dengan tersedianya air dan sanitasi maka kebersihan diri lebih mudah dilakukan (Bolt, 2020). Perawatan diri tidak akan lengkap tanpa diimbangi dengan kebersihan diri yang baik. Sedangkan kebersihan diri sebagian besar menjelaskan bahwa perilaku ini berhubungan dengan pencegahan penyebaran kuman penyebab penyakit, dan langkah awal dalam perawatan diri yang baik. Tindakan kebersihan diri antara lain mandi, buang air besar dan kecil, kebersihan tubuh secara umum, dan berdandan. Kebersihan diri juga sangat pribadi yang ditentukan bagaimana nilai-nilai dan praktek yang dilakukan oleh individu, dan setiap individu mempunyai standar kebersihan diri yang telah diajarkan maupun yang dipelajari dari keluarga, dicontohkan oleh keluarga, teman, pengasuh, guru dan lingkungannya (Wirata & Ballena, 2021). Kebersihan diri individu akan menentukan status kesehatan yang secara sadar dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit terutama masalah pada kulit. Yang termasuk dalam tindakan kebersihan diri antara lain menjaga kebersihan kulit dan kuku dengan mandi, membiasakan mencuci tangan dan kuku, frekuensi mengganti pakaian, menggunakan handuk tidak bersamaan, serta frekuensi mengganti sprei tempat tidur. Jika kebersihan diri ini tidak dilakukan dengan baik akan beresiko terjangkit berbagai macam penyakit. Dan faktor yang paling berpengaruh dalam penularan penyakit adalah sanitasi lingkungan, kebersihan diri individu, dan perilaku yang tidak mendukung kesehatan (Silaban & Sartika, 2024).

Pada pasien yang mengalami ketergantungan total akan membawa dampak seperti munculnya masalah fisik dan psikososial jika kebersihan diri seperti mandi tidak terpenuhi dengan baik. Adapun masalah fisik yang dapat muncul antara lain gangguan integritas kulit, seperti gatal-gatal dan akhirnya digaruk oleh pasien sehingga

kulit menjadi lecet, gangguan pada mukosa mulut seperti mudah sariawan, gusi berdarah maupun gigi berlubang, infeksi mata, telinga dan kuku. Sedangkan masalah psikososial yang terjadi antara lain gangguan rasa nyaman karena badan terasa lengket dan gatal-gatal, merasa tidak dicintai karena sikap dari orang lain, merasa malu dan minder karena bau badan, bau mulut, rambut kotor, sehingga interaksi sosial akan terganggu dan tidak terpenuhinya kebutuhan aktualisasi diri (Klau, Wahyudi, & Pradanie, 2020). Kurangnya kemampuan perawat dalam menjaga kebersihan diri dengan benar pada pasien dapat menyebabkan banyak efek samping. **Contoh** : pada pasien stroke terutama yang dirawat di ICU membutuhkan bantuan dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut untuk mencegah terjadinya pneumonia aspirasi ataupun infeksi oportunistik. Memandikan pasien dengan teratur dapat mencegah infeksi bakteri gram negatif. Membantu kebersihan diri pasien saat eliminasi mencegah infeksi clostridium difficile. Kebersihan diri yang kurang mengakibatkan banyak dampak bagi pasien, seperti infeksi nosokomial (Alyssa L., et al., 2022).

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Praktek Kebersihan Diri

- a. Preferensi pribadi: Setiap individu mempunyai keinginan dan pilihan kapan harus mandi, perawatan rambut, mencukur rambut, memilih produk kebersihan diri di mana hal ini sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya keuangan.
2. Praktik sosial: Pada masa anak-anak tindakan kebersihan diri dipengaruhi oleh kebiasaan dalam keluarga, memasuki remaja tindakan kebersihan diri dipengaruhi oleh kelompok sebaya, dan praktik kebersihan diri pada masa dewasa menyesuaikan

dengan kondisi kehidupan dan sumber daya keuangan.

3. Status sosial ekonomi: Status sosial ekonomi akan mempengaruhi individu untuk membeli peralatan kebersihan diri yang akan digunakan, apakah terjangkau oleh keuangannya atau tidak.
4. Keyakinan dan motivasi kesehatan: Pengetahuan saja tidak cukup bagi individu dalam melakukan praktik kebersihan diri, individu harus termotivasi untuk selalu mempertahankan kebersihan dirinya dan termotivasi untuk mempertahankan kesehatannya.
5. Keyakinan budaya: Masing-masing individu akan melakukan praktik kebersihan diri juga berdasarkan nilai-nilai budaya dan nilai-nilai pribadi yang dianutnya. Mungkin bagi budaya tertentu praktik kebersihan diri tidak terlalu penting, namun bagi budaya yang lain itu sangat penting.
6. Kondisi fisik: Melakukan kebersihan diri membutuhkan energi fisik dan bagi individu dengan keterbatasan fisik akan kesulitan melakukan praktik kebersihan diri sehingga membutuhkan bantuan perawat. Seperti pasien yang dipasang traksi, pasien stroke, pasien yang dipasang peralatan medis, dan lainnya.
7. Bahasa tubuh: Ketika individu dilakukan operasi, mengalami luka bakar, menjalani kemoterapi dan berefek pada penampilan fisiknya, maka akan berpengaruh terhadap citra tubuhnya. Hal ini akan mengakibatkan bahasa tubuh yang ditampilkan oleh individu akan berbeda (Nurseinfo.in, 2024)

Prinsip-Prinsip Kebersihan Diri

1. Penerapan kebersihan diri mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan merupakan pertahanan pertama dalam kesehatan individu.
2. Perubahan penyakit dan semua aspek di masyarakat sepanjang kehidupan mempengaruhi pelaksanaan praktek perawatan kebersihan diri.
3. Praktek kebersihan diri dapat dipelajari dan dilakukan terus-menerus di mana setiap individu satu dengan yang lain sangat berbeda.
4. Praktek kebersihan diri tiap individu berbeda karena nilai-nilai pribadi dan nilai-nilai budaya yang dimiliki masing-masing individu berbeda
5. Pemenuhan kebersihan diri mempengaruhi kesehatan fisik, mental, sosial, dan spiritual individu (Nurseinfo.in, 2024)

Pemenuhan Kebutuhan Hygiene dan Self Care

Pasien dengan imobilisasi adalah pasien yang mengalami ketidakmampuan untuk bergerak secara bebas, berpindah tempat atau mengubah posisi atau tirah baring selama 3 hari atau lebih, karena gerakan anatomis tubuh yang menurun karena suatu kondisi dari penyakit. Hal ini membuat pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya secara mandiri. Perawat dan anggota keluarga ataupun pengasuh harus membantu dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri (Dewie & Has, 2017).

Defisit perawatan diri pada pasien akan berdampak pada kebersihan tubuh, mudah terjadi gangguan integritas kulit, peredaran darah tidak lancar, pasien menjadi kurang nyaman dan kurang percaya diri. Berdasarkan hasil beberapa penelitian, faktor yang membuat perawat

kurang mampu dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri karena melakukan tindakan kebersihan diri pada pasien membutuhkan waktu yang lama, sedangkan perawat harus menyelesaikan tindakan keperawatan yang lain. Selain itu perawat juga menganggap bahwa memenuhi kebutuhan kebersihan diri pada pasien dapat dilakukan oleh keluarga dan pengasuh sedangkan perawat hanya membantu jika diperlukan. Alasan lain adalah perawat lebih mengutamakan tindakan mandiri seperti pemberian pengobatan, perawatan luka, pemantauan cairan dan kolaborasi, sehingga kebutuhan kebersihan diri pada pasien dengan imobilisasi kurang terpenuhi (Dewie & Has, 2017). Tujuan perawat melakukan kebersihan diri pada pasien adalah membuat pasien menjadi bersih dan merasa nyaman, mencegah infeksi, mempertahankan integritas jaringan kulit sehingga pasien menjadi tenang dan rileks. Mandi adalah aktifitas kebersihan diri yang menyenangkan, karena membuat individu merasa segar kembali. Mandi dapat menghilangkan bau, debu, dan mengangkat sel-sel kulit mati. Manfaat mandi adalah memelihara kesehatan, menjaga penampilan agar selalu bersih, segar dan rapi (Klau, Wahyudi, & Pradanie, 2020). Kebersihan diri yang mendasar untuk pasien dewasa meliputi kebersihan gigi dan mulut, mandi, mencukur, menyisir dan menata rambut. Hal ini terlihat seperti prosedur dasar tetapi sangat berpengaruh dalam menjaga kesehatan pasien (Alyssa L., et al., 2022).

Mandi

Mandi di kamar mandi

Mandi di kamar mandi dapat menggunakan shower atau bak mandi, dan diterapkan pada pasien yang mampu berjalan ke kamar mandi serta membutuhkan bantuan minimal.

Bantuan yang dapat diberikan oleh perawat antara lain:

- a. Membantu pasien untuk mencapai kamar mandi, menjaga agar kamar mandi tetap hangat, serta memastikan air mengalir.
- b. Pastikan air dalam keadaan hangat dan tanyakan pada pasien apakah suhu air sudah cukup atau belum.
- c. Sediakan kursi di kamar mandi jika perlu, letakkan semua perlengkapan mandi di tempat yang mudah dijangkau oleh pasien. Tetaplah berada di dekat pasien untuk berjaga-jaga jika pasien membutuhkan bantuan.

Mandi sendiri di tempat tidur

Dilakukan pada pasien yang dapat mandi sendiri tetapi tidak dapat bangun dari tempat tidur serta memerlukan bantuan minimal. Peralatan mandi yang dibutuhkan antara lain sprei bersih, waslap, pakaian bersih, baskom, celemek, handuk mandi, sabun, tisu basah, kantong plastik untuk membuang tisu atau bengkok, dan sarung tangan bersih.

Bantuan yang dapat diberikan oleh perawat antara lain:

- a. Menjaga privasi pasien saat mandi, menyediakan sprei bersih atau selimut, menjelaskan prosedur mandi (pasien harus membersihkan tubuh bagian depan terlebih dahulu, kemudian tubuh bagian belakang), menjelaskan pada pasien bahwa membersihkan daerah genitalia yang paling akhir, sediakan tisu basah untuk membersihkan daerah genitalianya dan minta pasien untuk membuang tisu pada kantong plastik yang telah disediakan. Sediakan pispot dan jelaskan pada pasien jika pispot mungkin diperlukan.

- b. Siapkan baskom yang diisi tiga per empat bagian dengan air hangat, pastikan suhu air cukup nyaman buat pasien. Dekatkan semua peralatan mandi yang diperlukan. Bantu pasien jika pasien membutuhkan bantuan untuk menanggalkan pakaian, kemudian selimuti pasien dengan selimut mandi.
- c. Bantu pasien untuk membersihkan tubuh bagian belakang jika diperlukan, instruksikan pasien untuk berbaring miring dan letakkan handuk di bawahnya. Cuci, bilas, dan keringkan bagian belakang. Setelah menyelesaikan bagian belakang, lanjutkan ke bagian genitalia dan yang terakhir area pantat.
- d. Jika tidak tersedia tisu basah untuk membersihkan area genitalia maka bisa menggunakan lap yang baru.

Mandi di tempat tidur

Dilakukan pada pasien yang tidak mampu bangun dari tempat tidur serta tidak mampu mandi sendiri. Tindakan ini membutuhkan bantuan total dari perawat, dan ijin pasien untuk membantu sesuai dengan tingkat kemandiriannya. Peralatan yang dibutuhkan adalah sprei bersih, waslap, pakaian bersih, baskom, celemek, handuk mandi, perlengkapan mandi milik pasien seperti sabun, tisu basah, kantong plastik untuk membuang tisu, sarung tangan bersih, dan siapkan juga pispot.

Tindakan perawat pada jenis mandi ini antara lain:

- a. Pastikan ruangan hangat dan jaga privasi pasien dengan menutup pintu, jendela atau memasang sketsel. Dekatkan peralatan mandi yang diperlukan. Atur ketinggian tempat tidur pasien. Isi baskom menggunakan air hangat atau dingin, bisa juga menggunakan tisu basah. Pada pasien lansia sebaiknya menggunakan sabun yang kaya akan

- pelembab untuk mencegah kulit kering atau menggunakan lotion.
- b. Perawat cuci tangan, memakai celemek dan sarung tangan. Jelaskan pada pasien langkah-langkah yang akan dilakukan, dan tanyakan apakah pasien suka menggunakan sabun pada area wajah atau tidak. Lepaskan alat bantu yang dikenakan pasien seperti kaca mata atau alat bantu dengar.
 - c. Pasang handuk di bagian leher, basuh muka, leher, dan telinga pasien. Kemudian tepuk-tepuk saat mengeringkan bagian yang sudah dibasuh. Lepaskan baju pasien dan tutupi dengan selimut, hanya membuka area yang akan dibersihkan. Bersihkan dari area kepala ke kaki, dari bagian yang jauh dari perawat ke bagian yang terdekat, bersihkan juga bagian lipatan-lipatan tubuh.
 - d. Bagian tubuh yang paling akhir adalah daerah genitalia kemudian bagian pantat, basuh dengan tisu basah atau kapas savlon dari depan ke belakang, kemudian miringkan pasien ke samping untuk membersihkan area pantat, dan keringkan.
 - e. Ganti pakaian pasien dengan yang baru dan ganti juga spreng dengan yang baru.

Perawatan Gigi dan Mulut

- a. Pada pasien sadar: Cuci tangan dan gunakan sarung tangan, jelaskan pada pasien apa yang akan dilakukan perawat. Letakkan handuk di dada pasien, tinggikan kepala hingga 45°, sediakan obat kumur jika perlu. Intruksikan pasien untuk berkumur, letakkan pasta gigi secukupnya di atas sikat gigi dan sikatlah seluruh permukaan gigi. Minta pasien untuk berkumur sampai bersih.

- b. Pasien tidak sadar : Tinggikan kepala hingga 45°, miringkan kepala pasien, letakkan handuk di samping kepala pasien, dan letakkan baskom atau baskom kecil untuk menampung air liur. Tarik mulut pasien dengan menekan dagu pasien, sikat dan bersihkan gigi pasien menggunakan kasa lembab, seka mulut dan lidah pasien dengan kapas lembab. Oleskan pelembab pada bibir pasien.
- c. Jika pasien menggunakan gigi palsu, maka gigi palsu tersebut perlu dibersihkan. Lepaskan gigi palsu pasien, gunakan pasta gigi atau pembersih gigi palsu. Bersihkan gigi palsu secara menyeluruh, kemudian bilas dan letakkan dalam cangkir yang berisi larutan gigi palsu.

Perawatan Rambut

Perawatan rambut terdiri dari menyisir rambut dan keramas, merupakan bagian penting dari rutinitas kebersihan diri. Perawat dapat meminta pasien dan keluarga untuk menyiapkan peralatan individu yang dimiliki oleh pasien seperti handuk, sampo, kondisioner, minyak rambut, dan sisir rambut.

- a. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan. Isi teko dengan air hangat dan dekatkan ke pasien. Posisikan kepala pasien sedekat mungkin dengan bagian atas tempat tidur, letakkan handuk besar di bawah tulang belikat pasien, lilitkan handuk lain di leher pasien.
- b. Letakkan baskom untuk menampung air setelah diguyurkan di rambut di bawah kepala pasien. Pasang bola kapas di telinga pasien, tutup mata dengan kasa atau waslap lembab.
- c. Tuang air hangat dengan menggunakan teko dengan perlahan pada rambut pasien, beri sampo lakukan pemijatan ke seluruh kulit kepala. Bilas sampo

sampai bersih. Jika diperlukan gunakan kondisioner pada rambut pasien. Rapikan alat, letakkan handuk kering di bawah kepala pasien, keringkan rambut pasien dan letakkan kembali bantal di bawah kepala pasien. Letakkan kembali bantal di bawah kepala pasien. Bantu pasien menyisir dan merapikan rambut kembali. Beri minyak secara merata.

Perawatan Kuku

Tujuan perawatan kuku agar penampilan pasien lebih rapi dan mencegah lecet pada kulit saat pasien menggaruk-garuk, menghilangkan bakteri di bawah kuku sehingga mencegah infeksi. Perawatan kuku terutama khusus diperlukan pada pasien dengan diabetes.

- a. Amati kuku jari tangan dan kaki, catat ada tidaknya pembengkakan, kuku tebal atau rapuh, tekstur kuku yang berubah, adanya luka, serta warna kuku. Perawat menghilangkan bakteri dari bawah kuku untuk membantu mencegah infeksi.
- b. Dilakukan setelah mandi atau setelah direndam selama 10 menit dalam air sabun yang hangat. Setelah direndam, letakkan di atas handuk kecil, potong kuku lurus secara perlahan dan rapikan kuku dengan kikir kemudian gosok kuku dengan sikat lembut untuk menghilangkan kotoran yang terperangkap dan pijat tangan serta kaki secara lembut menggunakan lotion.

Peran Perawat Dalam Kebersihan Diri

1. Melakukan pengkajian terhadap kondisi fisik dan emosional pasien, menentukan masalah keperawatan, mengembangkan rencana asuhan keperawatan serta melakukan implementasi terutama perawatan

- kebersihan diri secara langsung berdasarkan prinsip-prinsip asuhan keperawatan yang relevan.
2. Menjadi bagian yang penting dari interaksi pasien dan perawat sehingga perawat mudah melakukan komunikasi terapeutik.
 3. Melakukan evaluasi dari asuhan keperawatan serta menyesuaikannya untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien yang dinamis.
 4. Berkolaborasi dalam melaksanakan instruksi dokter dan mengacu pada hasil observasi.
 5. Memberikan motivasi pada pasien untuk meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab perawatan sesuai dengan kondisi perkembangan penyakitnya.
 6. Mengaplikasikan teori dan konsep patofisiologi dengan mengintegrasikan konsep anatomi, fisiologi, dan patologi untuk dapat memberikan perawatan kebersihan diri yang baik (Nurseinfo.in,2024)

Pemenuhan Kebutuhan *Hygiene* dan *Self Care* pada Pasien Gangguan Mental

Gangguan mental merupakan penyakit yang kronis dengan perjalanan penyakit yang panjang dan sering kambuh, sehingga kemampuan perawatan diri pasien gangguan mental sangat terganggu, selain itu juga sebagian besar pasien berusia lebih tua, sudah lama menderita penyakitnya, dan hampir setengahnya pada saat yang bersamaan mempunyai penyakit fisik (Chen, Chen, Huang, Yan, & Zhu, 2022). Hal ini diakibatkan oleh menurunnya minat dan motivasi untuk hidup, sehingga pasien tidak mampu dan enggan berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari maupun aktifitas sosial. Selain itu juga stigma yang terjadi di masyarakat mengakibatkan pasien tidak memiliki identitas sosial dan sangat terganggu pada

fungsi sosialnya (Chen, Chen, Huang, Yan, & Zhu, 2022). Selain itu kurangnya perawatan kebersihan diri pasien gangguan mental dikarenakan adanya perubahan proses pikir dan berubahnya dalam menilai kenyataan sehingga kemampuan dan kemauan untuk melakukan aktivitas perawatan kebersihan diri menurun (Suprajitno, Firdaus, & Sunarno, 2017).

Hasil penelitian didapatkan jika pasien gangguan mental terlihat tidak terawat, badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi dan mulut kotor, serta penampilan tidak rapi. Beberapa upaya keluarga dalam membantu memenuhi kebutuhan kebersihan diri pada pasien adalah dengan mengajak dan melatih pasien untuk memenuhi kebutuhannya secara mandiri, mengajak untuk berhias, memilih, mengganti, dan memakai pakaian yang bersih, baik dan sopan, menjaga kebersihan saat makan dan minum, mengambil makanan dan minuman sendiri, dan menjaga kebersihan saat buang air besar dan kecil (Suprajitno, Firdaus, & Sunarno, 2017)

Perawatan kebersihan diri sangat penting untuk pasien dengan gangguan mental, hal ini diduga bahwa komorbiditas gangguan mental mempunyai efek yang besar pada perawatan diri. Meskipun teori perawatan diri untuk penyakit kronis tidak dijelaskan secara spesifik bagaimana cara menerapkan teori tersebut pada pasien gangguan mental, namun beberapa peneliti mengeksplorasi prasyarat untuk gaya hidup sehat seperti yang dilakukan oleh pasien dengan gangguan mental dan mendiskusikan keterlibatan teori tersebut pada kelompok ini (Riegel et al., 2021).

Hygiene dan Self Care Saat Menstruasi

Kebersihan menstruasi merupakan proses fisiologis normal yang dialami oleh setiap wanita usia subur.

Kebersihan menstruasi dilakukan untuk mencegah penyakit pada sistem reproduksi dan meningkatkan rasa nyaman maupun perasaan sehat. Aktifitas kebersihan menstruasi meliputi mandi setiap hari, menjaga organ genitalia tetap bersih dan kering dengan menggunakan dan mengganti pembalut serta celana dalam yang bersih, mengkonsumsi nutrisi dengan kandungan zat besi yang cukup serta istirahat yang cukup (Nurseinfo, 2024).

Daftar Pustaka

- Alyssa L., Goldenhart, Nagy H. Assisting Patients With Personal Hygiene. [Updated 2022 Sep 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563155/>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed.). St Louis, Missouri : Elsevier Mosby.
- Bolt, A. E. (2020). Personal hygiene behaviour. *Regional Annex for East Africa*, (May).
- Chen, C., Chen, Y., Huang, Q., Yan, S., & Zhu, J. (2022). Self-Care Ability of Patients With Severe Mental Disorders: Based on Community Patients Investigation in Beijing, China. *Frontiers in Public Health*, 10(June). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.847098>
- Dewie, N. S., & Has, E. M. M. (2017). Self-Care Needs in Patients with Physical Immobilization. *Jurnal Ners*, 12(2), 286–295. <https://doi.org/10.20473/jn.v12i2.651>
- Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Nursing Science Quarterly*, 35(1), 70–76. <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>
- Klau, O. T., Wahyudi, A. S., & Pradanie, R. (2020). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Motivasi Perawat dalam Melakukan Tindakan Memandikan Klien Total Care (Analysis Factor that Related to the Nurse in Gives Personal Hygiene to Total Care). *Fundamental And Management Nursing Journal*, 3(1), 25–33. Retrieved from <http://e-journal.unair.ac.id/FMNJ%7C25JournalHomepage>: <https://e-journal.unair.ac.id/PMNJ/index>
- Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>

- Nurseinfo.in (2024). Personal Hygiene For Patient. Accessed from <https://nurseinfo.in/personal-hygiene-patient/> pada tanggal 18/05/2024
- Riegel, B., Dunbar, S. B., Fitzsimons, D., Freedland, K. E., Lee, C. S., Middleton, S., ... Jaarsma, T. (2021). International Journal of Nursing Studies Self-care research: Where are we now? Where are we going? *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>
- Rosmini, Sutria, E., & Wahdaniah. (2020). Intervention Of Nurse Deficit Self Care In The Skizofrenia Patient: Systematic Review. *Journal Of Nursing Practice*, 3(2), 244–252. <https://doi.org/10.30994/jnp.v3i2.94>
- Silaban, M., & Sartika, I. (2024). Gambaran Pemenuhan Personal Hygiene Mahasiswa Kesehatan di Kota Tangerang Banten. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 8(01), 1–9. Retrieved from <http://ejournal.stikesrshusada.ac.id/index.php/jkh/>
- Singh, P., Faisal, A. R., Alam, M. M., Saeed, A., Haider, T., Asif, H. M. A., ... Pasha, A. R. (2023). An Assessment of Personal Hygiene Practices Among Young Adults: A Cross-Sectional, Descriptive Study. *Cureus*, 15(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.44308>
- Suprajitno, S., Firdaus, K. J., & Sunarno, I. (2017). Family Effort in Fulfilling Personal Hygiene for Mental Disorder People. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 4(2), 145–148. <https://doi.org/10.26699/jnk.v4i2.art.p145-148>
- Syahdiba, S. Y., Wardah, W., Malfasari, E., Yanti, S., Azhar, B., Nelma, U., & Akbar, A. (2021). Application of Economy Token to Self-Care of Mental Illness Patients. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 3(3), 333–340. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v3i3.505>
- Taalab, A., Qasem, E., Gamal, A., & Ashour, E. (2021). Dependent Care: Applying Orem Self-Care Theory. *Menoufia Nursing Journal*, 6(2), 155–170. <https://doi.org/10.21608/menj.2021.225860>

Wirata, R. B., & Ballena, N. S. (2021). Effects of Health Education on Hygienic Self-Care Practices among Female Adolescent. *Journal of Health Education*, 6(2), 94–99. <https://doi.org/10.15294/jhe.v6i2.46521>

Profil Penulis



Sri Widowati, M.Kep.

Ketertarikan penulis terhadap keperawatan jiwa dimulai pada tahun 2001. Hal tersebut membuat penulis memilih Akademi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Malang pada Tahun 1994 dan berhasil lulus pada Tahun 1997. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan di Universitas Brawijaya pada Tahun 2004 dan berhasil menyelesaikan pendidikan profesi Ners pada Tahun 2007. Kemudian penulis melanjutkan studi magister di Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Airlangga pada tahun 2016.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Jiwa dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti di bidang kepakaran tersebut. Beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat yang telah didanai oleh internal perguruan tinggi. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah, seminar serta workshop maupun lokakarya yang berhubungan dengan keperawatan jiwa dan menjalin kolaborasi dalam penelitian kesehatan jiwa dengan media sosial seperti LinkedIn. Selain itu penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: widowati@umm.ac.id

HAK DAN KEWAJIBAN PERAWAT-KLIEN

Sofia Februanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Pendahuluan

Perawat adalah panutan dan mitra penting dalam upaya berkelanjutan demi kesehatan pasiennya, karena perawat anggota profesi kesehatan terbesar dan terpercaya (Linton & Linton, 2020). Perawat memiliki peran dan tanggung jawab penting dan terus menjadi garda terdepan dalam pelayanan pasien di rumah sakit dan terlibat aktif dalam evaluasi dan pemantauan di Masyarakat (Fawaz et al., 2020). Peran perawat sangat besar dalam pelayanan Kesehatan. Peran perawat sangat membantu pemerintah dalam menjalankan program-program yang telah ditetapkan. Perawat adalah garda terdepan dan tidak bisa dipungkiri tanpa perawat maka pelayanan sebuah Rumah Sakit tidak akan berjalan dengan baik. Perawatlah yang bekerja 24 jam yang berada disamping pasien, memberikan asuhan dengan sepenuh hati (Kominfo PPNI jateng, 2022). Hubungan perawat-klien sebagai landasan praktik keperawatan merupakan teori hubungan interpersonal Hildegard Peplau (Gonzalo, 2024).

Hildegard Peplau mendefinisikan keperawatan sebagai *“Proses interpersonal interaksi terapeutik antara individu yang sakit atau membutuhkan*

layanan kesehatan dan perawat yang dididik secara khusus untuk mengenali, merespons kebutuhan akan pertolongan.” (Gonzalo, 2024). Artinya dalam hubungan antara perawat- klien akan timbul hak dan kewajiban bagi keduanya. Hak adalah kekuasaan untuk berbuat sesuatu (karena telah ditentukan oleh undang-undang, aturan, dan sebagainya) (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2016a). Kewajiban adalah tugas menurut hukum; segala sesuatu yang menjadi tugas manusia (membina kemanusiaan) (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2016b). Saat memberikan pelayanan keperawatan pada klien, maka perawat harus memberikan asuhan keperawatan professional pada kliennya. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya (Permenkes RI, 2019). Dalam hubungan antara perawat dengan klien maka kemungkinan yang terjadi adalah kewajiban perawat akan menjadi hak klien, dan kewajiban klien akan menjadi hak perawat. Namun bisa juga tidak terjadi kedua-duanya. Dalam praktik asuhan keperawatan, perawat memiliki hak tuntutan profesi yang seharusnya didapatkan dari pengembangan tugas secara maksimal; mereka juga memiliki hak untuk memperoleh perlindungan hukum dan profesi sepanjang pekerjaan mereka sesuai dengan kompetensi mereka. Pasien berhak atas keamanan, keselamatan, dan kenyamanan saat mendapatkan perawatan medis. Mereka juga harus dilindungi dari upaya kesehatan yang tidak bertanggung jawab, seperti kelalaian (Riasari, 2021). Hasil penelitian tentang sudut pandang antara pasien dan perawat menunjukkan bahwa ada kaitan antara empat domain diantaranya pentingnya privasi, perhatian terhadap otonomi pasien, menghormati pasien, komunikasi antara perawat dan pasien. Ada

beberapa hal dalam hidup yang sama pentingnya dengan kesehatan. Hak atas kesehatan mensyaratkan pedoman, barang dan fasilitas layanan kesehatan tersedia, dapat diakses, dapat diterima, dan berkualitas baik (Sundler et al., 2020). Banyak kasus yang terjadi karena ketidapkahaman hubungan klien dan perawat. Perawat dan klien tidak memahami hak dan kewajiban masing-masing. Ada kontroversi yang signifikan mengenai apakah pasien mempunyai 'hak untuk tidak mengetahui' informasi yang relevan kesehatan mereka. Beberapa argumen untuk membatasi hak tersebut menarik potensi beban pada orang lain selain ketidaktahuan pasien yang mungkin timbul yang bisa dihindari (Davies, 2020).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), hak-hak pasien berbeda-beda di setiap negara, dan seringkali norma budaya dan sosial yang berlakulah yang menentukan katalog hak-hak pasien yang berlaku di suatu negara. Namun, terdapat konsensus internasional bahwa semua pasien mempunyai hak mendasar atas privasi, kerahasiaan data medis mereka, untuk menyetujui atau menolak pengobatan dan atas informasi tentang risiko yang terkait dengan prosedur medis (Kupcewicz et al., 2021). Berikut akan dibahas tentang hak dan kewajiban perawat, serta hak dan kewajiban klien.

Hak Perawat

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 38 Tahun 2014 (2014); Permenkes RI (2019); Rokom Kemkes (2023), perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berhak:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan Standar Profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;

2. Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya;
3. Melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan;
4. Menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
5. Menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, Standar Profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan;
6. Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar;
7. Memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
8. Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya; dan
9. Memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kewajiban Perawat

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 38 Tahun 2014 (2014); Permenkes RI (2019); Rokom Kemkes (2023), perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan mempunyai kewajiban:

1. Menjaga kerahasiaan kesehatan klien;
2. Memperoleh persetujuan dari Klien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
3. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan peraturan perundang-

undangan bagi Perawat yang menjalankan praktik mandiri;

4. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, Standar Profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
5. Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar;
7. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
8. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat; dan
9. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Hak Klien

Hak Pasien meliputi PMK RI (2018):

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;

5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga Pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
7. Memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya;
10. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu Pasien lainnya;
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;

16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
17. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
18. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kewajiban Kien

Dalam menerima pelayanan dari rumah sakit, Pasien mempunyai kewajiban PMK RI (2018):

1. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
2. Menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab;
3. Menghormati hak Pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit;
4. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
5. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
6. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

7. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya;
8. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Pelayanan kesehatan yang dipersonalisasi melibatkan isu penting tentang hak-hak pasien, yang menentukan status pasien selama pemberian layanan kesehatan dan kewajiban tenaga medis terhadap pasien serta terhadap kerabatnya. Konsekuensinya, pemenuhan hak-hak pasien oleh tenaga medis dalam praktik klinis dianggap sebagai kewajiban etis dan kewajiban hukum. Konsep hak pasien dikembangkan berdasarkan Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia yang diadopsi pada tahun 1948 oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), yang secara tegas menyatakan bahwa setiap manusia mempunyai hak yang melekat pada hidup, kebebasan, privasi, kebebasan. pembangunan dalam masyarakat dan penghormatan terhadap martabat mereka. Tujuan dari konsep hak pasien adalah untuk melindungi otonomi pasien dari campur tangan orang lain, serta hak untuk menuntut kondisi yang sah bagi pelaksanaan hak tersebut.

Daftar Pustaka

- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa. (2016a). *Hak*. Kemendikbud. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/hak>
- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa. (2016b). *Kewajiban*. Kemendikbud. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/kewajiban>
- Davies, B. (2020). The right not to know and the obligation to know. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 300–303. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-106009>
- Fawaz, M., Anshasi, H., & Samaha, A. (2020). Nurses at the front line of COVID-19: Roles, responsibilities, risks, and rights. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(4), 1341–1342. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0650>
- Gonzalo, A. (2024). *Hildegard Peplau: Teori Hubungan Interpersonal*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/>
- Undang-undang Republik Indonesia nomer 38 tahun 2014, Undang-Undang Republik Indonesia 1 (2014).
- Kominfo PPNI jateng. (2022). *Perawat merupakan garda terdepan dalam pelayanan Kesehatan, Peran perawat sangat membantu pemerintah dalam menjalankan program-program yang telah di tetapkan*. PPNI Jateng. <https://ppnijateng.org/2022/04/perawat-merupakan-garda-terdepan-dalam-pelayanan-kesehatan-peran-perawat-sangat-membantu-pemerintah-dalam-menjalankan-program-program-yang-telah-di-tetapkan/>
- Kupcewicz, E., Grochans, E., Kadučáková, H., Mikla, M., Bentkowska, A., Kupcewicz, A., Andruszkiewicz, A., & Jóźwik, M. (2021). Personalized healthcare: The importance of patients' rights in clinical practice from the perspective of nursing students in Poland, Spain and Slovakia—A cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(3), 1–14. <https://doi.org/10.3390/jpm11030191>

- Linton, M., & Linton, M. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0969733020940371>
- Permenkes RI. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Keperawatan. Kemenkes RI [Internet]. 2019;(912):1–159. In *Permenkes RI No 26 Tahun 2019* (no 912; Issue 912). http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_26_Th_219_ttg_Peraturan_Pelaksanaan_UU_Nomor_38_Tahun_2014_tentang_Keperawatan.pdf
- PMK RI. (2018). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 4 TAHUN 2018 TENTANG KEWAJIBAN RUMAH SAKIT DAN KEWAJIBAN PASIEN. In *PMK RI 2018*.
- Riasari, R. H. (2021). Perlindungan Hukum Terhadap Perawat Pada Rumah Sakit Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan (Legal Protection Against Nurses on Hospital Based Law Number 38 of 2014 About Nursing). *Jurnal Hukum Lex Generalis*, 2(10), 946–960.
- Rokom Kemkes. (2023). *Hak Dan Kewajiban Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, Dan Pasien Diatur Dalam UU Kesehatan*. Biro Komunikasi Kemkes. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230919/0843872/hak-dan-kewajiban-tenaga-medis-tenaga-kesehatan-dan-pasien-diatur-dalam-uu-kesehatan/>
- Sundler, A. J., Darcy, L., Råberus, A., & Holmström, I. K. (2020). Unmet health-care needs and human rights—A qualitative analysis of patients' complaints in light of the right to health and health care. *Health Expectations*, 23(3), 614–621. <https://doi.org/10.1111/hex.13038>

Profil Penulis



Sofia Februanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis lahir di Bandung pada tahun 1982. Penulis memiliki 4 orang anak. Penulis merupakan alumni dari Poltekkes Bandung, prodi D3 Keperawatan Bandung tahun 2002. Kemudian melanjutkan kuliah S1 Keperawatan dan profesi ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) pada tahun 2004 sampai tahun 2007. Tahun 2009 hingga tahun 2011, penulis melanjutkan magister keperawatan peminatan keperawatan maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI).

Penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya sejak tahun 2003 hingga sekarang. Penulis pernah bekerja sebagai staf di unit Laboratorium, unit penelitian dan pengabdian masyarakat Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya. Penulis merupakan salah satu dosen keperawatan di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya sejak 2008 sampai dengan sekarang. Penulis aktif melakukan pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan. Mata kuliah yang pernah diampu oleh penulis antara lain keperawatan maternitas, dokumentasi keperawatan, metodologi keperawatan, pelayanan prima, Praktik Klinik Keperawatan Maternitas, Internship Nursing, Keperawatan Dasar. Beberapa artikel penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sudah dipublikasikan baik di jurnal nasional maupun internasional.

Email Penulis:

sofia.februanti@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id

KOMITE KEPERAWATAN DAN KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN

Dr. Dwi Prihatin Era, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.
Poltekkes Kalimantan Timur

Komite Keperawatan Rumah Sakit: Memberikan Pelayanan Keperawatan yang Bermutu dengan Meningkatkan Keahlian Keperawatan

Saat ini masyarakat semakin menyadari pentingnya kesehatan dan bagaimana kesehatan sangat mempengaruhi keseimbangan kehidupan individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Dengan semakin banyaknya kebutuhan akan pemeliharaan kesehatan, peran praktisi perawat di berbagai setting pelayanan praktik pun menjadi lebih signifikan. Di masyarakat terjadi peningkatan kesadaran akan peran dan kemampuan praktisi perawat yang profesional. Masyarakat semakin sadar dalam menyuarakan bagaimana mereka ingin perawat maju dan tampil dalam melayani dalam hal kesehatan mereka. Sebagaimana pelaku pelayanan kepada penerima jasa, tentu saja perawat selalu merasa telah berusaha yang terbaik, namun bagaimana penerimaan dan penilaian masyarakat atas hal tersebut? Bagaimana masyarakat dapat diyakinkan bahwa mereka mendapatkan pelayanan yang profesional yang layak mereka dapatkan?

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa layanan kesehatan yang berkualitas harus diberikan kepada individu dan masyarakat (WHO 2013). *Caring* dalam keperawatan adalah sekumpulan perilaku yang ditunjukkan oleh perawat profesional yang menunjukkan perhatian, empati kepada pasien. Ini dapat dibuktikan dengan kehadiran perawat disaat dibutuhkan oleh pasien, kasih sayang, perhatian, dan tumbuh dalam kepedulian. Peduli mencakup pemenuhan kebutuhan pasien, memberikan kesejahteraan fisik dan spiritual, dan membangun kepercayaan (Karlsson & Pennbrant, 2020).

Komite keperawatan rumah sakit memainkan peran penting dalam meningkatkan profesionalisme keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan aman kepada pasien dan keluarganya. Sebagai wadah non-struktural di rumah sakit yang memiliki fungsi utama untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan, komite keperawatan (KK) memiliki beberapa fungsi dan tujuan yang sangat penting. Bagian khusus dalam manajemen rumah sakit ini menjadi penting karena mereka memastikan bahwa pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat adalah pelayanan yang profesional dan terjaga.

Berdasarkan PMK No.49 tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit dinyatakan bahwa Penyelenggaraan Komite Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit lebih terjamin dan terlindungi.

Komite keperawatan bertugas untuk memastikan bahwa semua tindakan yang dilakukan oleh tenaga perawat adalah kegiatan yang terstruktur, berdasarkan

kewenangan yang diberikan oleh direktur rumah sakit secara berjenjang kebawah hingga ke perawat pelaksana. Hal ini untuk menjaga kualitas pelayanan agar tetap bermutu dan meningkatkan kesejahteraan pasien.

Fungsi Utama Komite Keperawatan

Pada pelaksanaannya, KK terdiri dari 3 sub komite, yang bertanggungjawab masing-masing terhadap bidang tertentu untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. Menurut Permenkes No.49 tahun 2013 KK harus terdiri dari tiga sub komite yang secara bersama menunjang keberhasilan perawat. Ketiganya adalah sub komite **kredensial**, sub komite **mutu profesi** dan sub komite **etik dan disiplin**.

1. **Kredensial**: fungsi utama KK adalah melakukan kredensial, yaitu proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis. Sebelum diizinkan untuk menerapkan ilmu keperawatan yang dimilikinya, seorang perawat harus dilakukan kredensial atas dirinya oleh KK. Kredensial perawat merupakan proses resmi untuk memverifikasi dan mengakui kualifikasi, pendidikan, pengalaman, serta kemampuan perawat. Melalui proses ini, keahlian dan kualifikasi perawat dapat diakui secara resmi dan dikelola pemanfaatannya dengan baik.

Pentingnya tahapan kredensial perawat sehingga setiap tenaga perawat harus melaluinya, karena tahapan ini berarti bahwa sebagai wadah struktural di tingkat manajemen RS, KK menyatakan:

- a. Mengakui secara resmi keahlian dan kualifikasi perawat, sehingga perawat dapat dan wajib memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas kepada pasien. Pengakuan ini penting

karena ini berarti secara legal RS memberikan kuasa kepada perawat untuk melayani, menjadi unit fungsional yang mengemban visi dan misi instansi dalam implementasi pelayanan keperawatan kepada masyarakat.

- b. Mendorong pengembangan profesionalisme dan peningkatan kompetensi perawat. Dengan adanya kredensial yang berlanjut, dipastikan perawat akan setiap saat meningkatkan lingkup tanggungjawab dan wewenangnya melalui penilaian atas kecakapan dan kemampuan keterampilan serta sikap dalam melayani klien dan keluarganya. Perawat yang telah melalui kredensial adalah perawat yang kompeten.
- c. Berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan menjamin keselamatan pasien. Perawat yang telah di kredensi adalah perawat yang terjaga kualitasnya, yaitu tenaga keperawatan yang telah memenuhi standar tertentu yang telah ditetapkan. Perawat ini tentu memenuhi kualifikasi dalam segala pencapaian taraf kesehatan dan keselamatan klien dan keluarga.

Jadi, kredensial perawat merupakan proses penting untuk memverifikasi dan mengakui kualifikasi serta kemampuan perawat secara resmi, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien.

Bagaimana proses tersebut harus dijalankan? Sebaiknya setiap perawat harus mengetahui bagaimana tahapan pelaksanaan kredensial ini untuk mempersiapkan diri lebih baik dari tahap awal di kredensial maupun pada tahap pengulangan di rekredensial. Tahapan tersebut adalah:

- a. Pendaftaran dan pengajuan dokumen: Perawat mengajukan permohonan untuk mendapatkan kredensial. Perawat menyiapkan dan menyerahkan dokumen-dokumen terkait (portofolio) kepada KK
- b. Peninjauan dan evaluasi dokumen: Dokumen yang diajukan akan diperiksa, diverifikasi, dan dievaluasi oleh KK. Jika kualifikasi dan kemampuan perawat dinilai memenuhi syarat, maka akan diberikan persetujuan kredensial.
- c. Proses rekredensialing: Setelah jangka waktu tertentu, kemampuan dan kualifikasi perawat akan dievaluasi kembali. Proses ini dilakukan untuk memastikan bahwa kompetensi perawat tetap terjaga dan berkembang.

Beberapa studi yang mengkaji manfaat kredensial perawat di rumah sakit. Berikut ringkasan temuan-temuan penting:

- a. Menjamin Keselamatan Pasien:

Penelitian menunjukkan bahwa kredensial perawat berperan dalam mewujudkan sistem peningkatan mutu layanan keperawatan, yang berdampak pada keselamatan pasien. Sebuah studi oleh pada tahun 2024 mengungkapkan bahwa perawat yang lolos kredensial akan memberikan pemahaman yang lebih baik kepada pasien sehingga meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien (McCauley et al., 2024).

- b. Meningkatkan Profesionalisme Perawat:

Kredensial dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku perawat dalam praktik keperawatan, tentu saja hal ini mendukung profesionalisme perawat. Studi oleh Kinlaw

(Kinlaw et al., 2022) menunjukkan bahwa perawat yang lolos kredensial oleh bagian yang berwenang cenderung untuk lebih percaya diri dalam melakukan tugasnya dan cenderung lebih profesional. Ini tentu saja sangat penting bagi pasien sebagai penerima pelayanan keperawatan. Dibagian manapun perawat bertugas, baik poliklinik, ruang rawat inap, ruang unit khusus maupun ruang operasi pasien berhak menerima pelayanan yang berkualitas

c. **Memperjelas Jalur Karir Perawat:**

Penelitian kualitatif mengidentifikasi 7 tema yang menggambarkan proses kredensial dan dampaknya terhadap pemetaan karir perawat.

d. **Meningkatkan Mutu Layanan Keperawatan:**

Kredensial berperan dalam meningkatkan mutu layanan keperawatan di rumah sakit. Proses kredensial mendorong perawat untuk terus mengembangkan kompetensi. Setelah seorang perawat lolos kredensial dan hak privileginya disetujui, KK akan terus melakukan metode pemantauan kinerja (*monitoring*). Para anggota staf senior mengamati perawat dalam melakukan prosedur atau pengelolaan kasus pasien di klinik-baik sendiri maupun saat bersama timnya.

Selain itu, penelitian juga menunjukkan bahwa kredensial memberikan perlindungan bagi pasien dan tenaga kesehatan, serta memastikan kompetensi perawat tetap terjaga. Secara keseluruhan, kredensial perawat di rumah sakit memberikan manfaat yang luas, mulai dari menjamin keselamatan pasien, meningkatkan profesionalisme perawat, memperjelas jalur karir, hingga meningkatkan mutu layanan keperawatan.

2. **Mempertahankan profesionalisme:** fungsi yang kedua dari keberadaan KK adalah mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga perawat. Mengapa profesionalisme menjadi sebuah keharusan dalam dunia praktik keperawatan?

Hal ini berkaitan dengan kualitas pelayanan yang akan diterima.

Kepuasan pasien mengukur seberapa baik harapan pasien terpenuhi. Kepuasan pasien merupakan hal yang penting karena berbagai alasan, bukan hanya karena kepuasan sering berkorelasi dengan peningkatan hasil perawatan pasien, namun juga karena kepuasan pasien terkait dengan langkah-langkah seperti pembiayaan pemerintah untuk rumah sakit dan setting layanan kesehatan lainnya (McCauley et al., 2024) .

Kepuasan pasien biasanya dinilai melalui survei lanjutan atau panggilan telepon. Institusi kesehatan menganalisis data dari survei-survei ini dan menggunakannya untuk membuat rencana aksi guna memperbaiki institusi tersebut secara keseluruhan.

Perawat berperan penting dalam penilaian yang dibuat oleh masyarakat karena perawat berinteraksi langsung dengan pasien setiap hari. Dalam banyak kasus, perawat adalah tenaga kesehatan yang menghabiskan sebagian besar waktu bersama pasien dan paling langsung mendorong kepuasan atau ketidakpuasan pasien. Aspek kepuasan pasien ini secara langsung dipengaruhi oleh perawat meliputi jumlah waktu yang dihabiskan penyedia layanan dengan pasien, kejelasan informasi yang diberikan, dan aksesibilitas alat dan strategi untuk meningkatkan kesehatan.

Kepuasan pasien dapat ditingkatkan dengan memastikan bahwa a) fasilitas memiliki staf perawat yang memadai untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan b) adanya peningkatan jumlah waktu yang dimanfaatkan perawat untuk setiap pasien (perawat harus dalam jumlah yang cukup). Kepuasan pasien juga dapat ditingkatkan dengan tenaga dokter dan perawat yang cukup terlatih untuk memberikan pelayanan yang prima juga komunikasi yang efektif sehingga semua pasien mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan dan pilihan pengobatan mereka.

Perawat yang telah mampu menyelesaikan pendidikan dan pelatihan serta telah lolos dari berbagai ujian profesional adalah mereka yang telah mampu untuk menunjukkan kemampuan kognitif dan psikomotor yang mumpuni. Biasanya mereka memiliki ciri-ciri perawat profesional seperti:

a. **Memiliki pengetahuan dasar yang kuat:**

Perawat harus memiliki pengetahuan keperawatan yang cukup dan pengetahuan dasar terkait yang diperoleh melalui kursus pendidikan. Banyak pengetahuan perawat berasal dari ilmu kesehatan penunjang maupun ilmu umum lainnya yang disesuaikan dengan kebutuhan penggunaannya saat di lapangan.

Semua ilmu yang digunakan oleh perawat menjadi akar dari praktik yang kuat dan mantap serta menghasilkan pelayanan yang baik dan berkualitas

b. **Terampil dalam berpikir ilmiah:** Perawat harus mampu menganalisis situasi pasien dan memecahkan masalah berdasarkan bukti ilmiah.

Kemampuan berpikir ilmiah ini menjadi gambaran bagaimana perawat adalah seorang profesional yang menggunakan dasar ilmu dan pengetahuan yang ajeg, yang telah teruji dan bersifat nyata, bukan abstrak. Keputusan klinik yang tepat tentu menggambarkan keberhasilan perawat dalam menggunakan kemampuan berpikirnya.

- c. **Mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme:** Perawat harus terus berupaya mempertahankan dan meningkatkan profesionalismenya. Beberapa cara dapat digunakan oleh perawat dalam hal ini, yaitu 1) bersikap perhatian dan penuh empati baik kepada klien dan keluarga maupun kepada rekan kerja, 2) memiliki keinginan kuat dalam mengasah keterampilan bekerja, 3) memiliki sikap etis dan bertanggungjawab dalam bekerja dimana jika dilakukan dengan tepat akan memberikan kesan profesional yang kuat bagi klien dan menanamkan rasa percaya kepada pelayanan perawat.
- d. **Memiliki kesadaran dan tanggung jawab etis:** Perawat harus mempunyai kesadaran etis yang tinggi dan menunjukkan sikap bertanggung jawab terhadap pasien. Perilaku beretika yang dilakukan oleh perawat akan mendorong keadilan dan kesetaraan, dalam proses pengambilan keputusan klinik, menciptakan lingkungan kerja yang harmonis dengan klien sehingga pasien dapat merasa aman dan nyaman karena tahu bahwa perawat yang bekerja dengannya tidak akan melakukan sesuatu yang merugikannya.
- e. **Memiliki otorisasi dan sertifikasi hukum:** Perawat harus memiliki kualifikasi yang diakui secara resmi sesuai dengan undang-undang dan peraturan terkait. Hal ini sudah jelas berkaitan

dengan perlindungan kepada perawat dan klien itu sendiri.

- f. **Melayani yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*):** Perawat harus memberikan pelayanan yang mengutamakan kebutuhan dan keinginan pasien. Dalam pelayanan keperawatan yang berpusat pada pasien, pasien secara aktif berpartisipasi dalam perawatan medis mereka dan bekerja sama erat dengan tenaga kesehatan. Terkadang, keluarga atau kerabat mungkin dilibatkan dalam pembuatan rencana kesehatan pasien.
- g. **Melakukan berbagai peran:** Perawat harus mampu melakukan berbagai peran, termasuk perawatan pasien, pendidikan, konseling, dan kerja sama. Ini sejalan dengan profil perawat yang diharapkan oleh rakyat Indonesia.
- h. **Menunjukkan keahlian:** Perawat harus mengerahkan keahliannya secara maksimal untuk membantu pasien memulihkan kesehatannya.

Sebagaimana profesi lainnya, perawat dalam melakukan pelayanannya juga memiliki keterbatasan dan menghadapi beberapa tantangan sehingga terkadang bersikap profesional menjadi berat dan dapat memicu dilema individu. Apakah tantangan tersebut dapat menghalangi profesionalitas perawat? Mari kita lihat beberapa hal tersebut.

- a. Beban kerja yang berat
- b. Kurangnya sumber dukungan
- c. Adaptasi terhadap perubahan
- d. Kesalahan komunikasi-kolaborasi. Dalam berinteraksi dengan pihak lain yang terlibat dalam

pelayanan kepada klien perawat membutuhkan keterampilan komunikasi karena pertukaran informasi dan gagasan memungkinkan jalinan kerjasama dalam mencapai tujuan. Jika terjadi kesalahan dan kesalahpahaman akibat komunikasi yang tidak efektif, akan terjadi kekacauan relasi atau kesalahan kelola organisasi. Studi terhadap sekelompok perawat yang diberikan intervensi berupa pelatihan komunikasi menunjukkan bahwa keterampilan dalam menyampaikan pesan menggunakan komunikasi yang efektif dan efisien dapat meningkatkan pencapaian target organisasi (Karimi et al., 2024).

Komunikasi yang efektif oleh perawat di tempat kerjanya termasuk menyampaikan ide atau gagasan secara transparan, jujur dan tidak dibuat-buat karena *action* tersebut akan menghindarkan terjadinya manipulasi data dan struktur ide yang tidak ajeg dimana rentan terjadinya *chaos* dalam pencapaian tujuan bersama.

- e. Isu terkait konsep diri dan budaya organisasi. Budaya organisasi adalah faktor yang mempengaruhi pelayanan keperawatan. Studi oleh Ta'an dkk mengungkapkan bahwa meskipun bukan menjadi faktor yang paling berpengaruh, namun budaya dan lingkungan bekerja berkorelasi secara signifikan dengan kemampuan berkomunikasi baik dengan kolega perawat, inter profesi maupun dengan klien dan keluarganya (Ta'an et al., 2024). Kita sudah paham bahwa lingkungan bekerja yang mendukung (*supportive*) memberikan efek menenangkan dan memberikan rasa aman bagi perawat sehingga optimalisasi

peran perawat dapat tercapai. Penting bagi KK untuk memastikan bahwa lingkungan dan budaya kerja perawat terjaga *positivity*-nya.

Sedangkan terkait konsep diri, perawat adalah seorang manusia yang memiliki aspek psikologis seperti klien yang dilayaninya. Seringkali peran yang ia jalani menjadi sangat menantang karena situasi dan kondisi yang harus ditangani. Cara pandang, penerimaan dan nilai yang ia anut dapat saja bergeser dan berubah meninggalkan apa yang pernah diyakini. Dikarenakan konsep diri adalah sesuatu yang sangat pribadi maka KK harus memastikan bahwa perawat memiliki konsep diri yang selalu positif sehingga ia tetap menjadi ujung tombak pelayanan yang berkualitas.

Singkatnya, perawat profesional harus memiliki karakteristik berikut: pengetahuan dasar yang kuat, keterampilan berpikir ilmiah, peningkatan profesional berkelanjutan, kesadaran etika dan tanggung jawab, sertifikasi formal, layanan yang berpusat pada pasien, dan kemampuan untuk memenuhi berbagai peran. Hal ini memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien.

3. **Etika dan Disiplin:** Pembentukan dan pengelolaan standar etika dan disiplin perawat menjadi salah satu dari tiga tugas penting KK karena:
 - a. Komite Keperawatan menjamin pemberian pelayanan keperawatan yang bermutu dengan meningkatkan profesionalisme perawat.
 - b. meningkatkan profesionalisme keperawatan dengan mengelola kualifikasi perawat, menetapkan standar praktik, dan memberlakukan kode etik.

- c. Hal ini memungkinkan memberikan layanan keperawatan yang aman dan berkualitas tinggi kepada pasien dan keluarganya.

Etika Keperawatan dan Kualitas Yanwat

Jika KK memastikan bahwa perawat menerapkan etika dengan baik maka pelayanan keperawatan akan tetap berada dalam kualitas yang baik, karena 1) penerapan etika akan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki akan diimplementasikan dengan tepat memenuhi standar yang berlaku. 2) hal ini terjadi karena perawat berada hampir 24 jam bersama pasien. Jika setiap individu perawat menerapkan etika maka pasien akan mendapatkan haknya dengan baik. Kombinasi pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang sesuai etika profesi akan menempatkan klien dalam situasi yang terjaga kualitasnya.

Kerjasama dengan Komite Keperawatan dan Staf Medis Lainnya

- a. Dewan Keperawatan bekerja dengan profesional medis lainnya, termasuk dokter dan apoteker, untuk memberikan layanan kesehatan yang komprehensif.
- b. Hal ini memungkinkan kami menerapkan layanan medis terpadu yang berpusat pada pasien.

Daftar Pustaka

- Karimi, Z., Darban, F., Karimi, S., & Safarzai, E. (2024). The effectiveness of communication skills training on professional performance and quality of work life of pre-hospital emergency medical staff: An experimental study in Iran. *International Emergency Nursing*, 74, 101426.
<https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2024.101426>
- Karlsson, M., & Pennbrant, S. (2020). Ideas of caring in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 21(4).
<https://doi.org/10.1111/nup.12325>
- Kinlaw, T. S., Stobinski, J., Irvin, S. A., Rosenfield, L., & Dunn, D. (2022). Professional development in perioperative nursing begins with the certified foundational perioperative nurse (CFPN) credential. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26, 100239.
<https://doi.org/10.1016/J.PCORM.2021.100239>
- McCauley, S., Stothers, S., & Semple, C. (2024). Evaluation of patient satisfaction of receiving Systemic Anti-Cancer Therapy prescribed by nurse Non-Medical Prescribers. *European Journal of Oncology Nursing*, 102597.
<https://doi.org/10.1016/J.EJON.2024.102597>
- Ta'an, W. F., Allama, F., & Williams, B. (2024). The role of organizational culture and communication skills in predicting the quality of nursing care. *Applied Nursing Research*, 75, 151769.
<https://doi.org/10.1016/J.APNR.2024.151769>

Profil Penulis



Dr. Dwi Prihatin Era, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.

Penulis adalah seorang perawat yang sangat berdedikasi, dengan fokus utama pada perawatan pasien dan pengelolaan pasien melalui metode perawatan yang berpusat pada pasien. Pengalamannya yang luas dalam bidang ini telah membantunya memahami dan merawat pasien dengan cara yang holistik dan empatik. Sebagai seorang dosen, Era telah mengajarkan generasi baru perawat tentang pentingnya empati, komunikasi efektif, dan profesionalisme dalam menangani situasi kritis. Tidak hanya mengajar tetapi Era juga meneliti dalam bidang keperawatan. Dia terus mencari cara baru untuk meningkatkan hasil kesehatan dan kualitas perawatan pasien. Dalam dunia medis, temuan penelitian seringkali menjadi dasar untuk implementasi praktik/ inovasi baru. Selain itu, Era juga menulis tentang pengalaman dan hasil risetnya. Sebagai penulis, dia ingin memberi tahu orang lain dan masyarakat umum tentang peran penting perawat dalam sistem kesehatan. Secara keseluruhan, ia adalah sosok inspiratif yang terus membantu kemajuan ilmu keperawatan melalui pendidikan, penelitian, dan tulisan-tulisannya.

Email Penulis: era@poltekkes-kaltim.ac.id

Munadiah Wahyuddin, S.Kep., Ns., M.Kes
STIKES Marendeng Majene

Pendahuluan

Teknologi dan informasi (TI) menjadi bagian tidak terpisahkan dalam pelayanan dan asuhan keperawatan, apalagi dimasa era Society 5.0. Salahsatu teknologi keperawatan yang terus berkembang adalah *telehealth nursing* atau *telenursing*. Diketahui bahwa *telenursing* saat ini sedang tumbuh di berbagai negara, dengan bukti yang kuat dan manfaat penggunaannya. Ini terbukti menjadi alat yang efisien untuk membantu negara mengatasi hambatan geografis dan memberikan informasi perawatan kesehatan kepada penduduk (Souza-Junior, Mendes, Mazzo, & Godoy, 2016).

Pertumbuhan *telenursing* saat ini dikategorikan sangat cepat dibanyak negara karena adanya beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu tercapainya biaya perawatan kesehatan yang lebih murah, peningkatan cakupan perawatan kesehatan untuk jarak jauh seperti di pedesaan, wilayah kecil, atau berpenduduk jarang serta mengurangi waktu tunggu dan mengurangi kunjungan yang tidak perlu di rumah sakit (Mahardika et al., 2022).

WHO mengamati bahwa tanggung jawab perawat meningkat secara baik dalam beberapa dekade terakhir, karena jangkauan kegiatannya yang meluas, ini

dicontohkan oleh konsep praktisi perawat. Perawat dideskripsikan oleh *International Council Nursisng* (ICN) sebagai “Perawat terdaftar yang telah memperoleh basis pengetahuan, keterampilan membuat keputusan dan kompetensi klinis untuk praktik yang diperluas selain dari seorang perawat terdaftar (Eren & Webster, 2017).

Diantara banyak manfaatnya, *telenursing* dapat membantu mengatasi kekurangan tenaga perawat, mengurangi jarak dan menghemat waktu perjalanan, dan menjaga pasien setelah keluar dari rumah sakit (Kumar & Snooks, 2013). *Telenursing* juga dapat memberikan peluang untuk pendidikan pasien, *teleconsultations* keperawatan, pemeriksaan hasil tes medis, dan bantuan kepada dokter dalam pelaksanaan protokol perawatan medis.

Telenursing dapat mengurangi hari rawat di RS sehingga berdampak pada berkurangnya biaya perawatan (efektif dan efisiensi dari sisi biaya kesehatan), mengurangi jumlah kunjungan ke pelayanan kesehatan, peningkatan jumlah cakupan pelayanan keperawatan dalam jumlah yang lebih luas dan merata, dapat dimanfaatkan dalam bidang pendidikan keperawatan (*model distance learning*) dan perkembangan riset keperawatan berbasis informatika kesehatan dan meningkatkan kepuasan perawat dan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan serta meningkatkan mutu pelayanan perawatan di rumah (*home care*). Selain itu *telenursing* juga meningkatkan rasa aman (*safety*) perawat dan klien (Kumar & Snooks, 2013).

Definisi

Telenursing adalah suatu proses pemberian, pengaturan dan koordinasi asuhan serta pelayanan keperawatan jarak jauh menggunakan teknologi komputerisasi, informasi dan komunikasi (Anggana & Ikasari, 2019).

Telenursing didefinisikan sebagai integrasi telekomunikasi dengan layanan keperawatan ketika ada jarak fisik yang besar antara perawat dan pasien, antar perawat dengan perawat. (Amudha, Nalini, Alamelu, Badrinath, & Sharma, 2017).

American Nurses Association (2001) menyatakan *telenursing* sebagai subjek *telehealth* yang berfokus pada praktik profesi tertentu (yaitu keperawatan), hadir bersamaan dengan praktek profesional kesehatan yang lain yaitu *telemedicine*, *teleconsultation*, *telehomecare*, *e-health* dan informatika (Franciska et al., 2020).

Telenursing merupakan pemanfaatan penggunaan teknologi untuk memberikan asuhan keperawatan dan praktik keperawatan jarak jauh yang bertujuan untuk meningkatkan asuhan keperawatan (Mahardika et al., 2022)

Telenursing menjadi peluang baru dalam pandemi COVID-19, menekankan pada pendidikan dan perawatan diri, mengatasi masalah seperti keterbatasan tempat tidur rumah sakit dan staf perawat, serta mengurangi biaya perawatan dan transisi penyakit. Selain itu, pendidikan pasien adalah strategi vital karena salah satu peran perawat yang luar biasa adalah mengendalikan proses penyakit dan komplikasi terkait (Christoforou et al., 2020). *Telenursing* berpotensi meningkatkan pemberian layanan kesehatan secara signifikan setelah pandemi mereda (Le et al., 2023).

Dapat disimpulkan bahwa *Telenursing* merupakan teknologi kesehatan (*telehealth*) yang berfokus pada praktek profesi keperawatan yang di dalamnya terdapat proses keperawatan yang meliputi pemberian, pengaturan dan koordinasi asuhan keperawatan jarak jauh. Pemberian layanan keperawatan melalui teknologi telekomunikasi menjadi ciri khas utama dari *telenursing*.

Melalui *telenursing* pasien dan perawat tidak bertemu secara langsung, melainkan melalui media yang dapat digunakan oleh pasien dan keluarga. Media yang dapat digunakan adalah melalui telepon, mesin faksimili, internet melalui email dan sistem komputer (Mahardika et al., 2022).

Tujuan

Tujuan *telenursing* bukan untuk membuat diagnosis medis, melainkan untuk memberikan informasi, dukungan, dan pendidikan perawatan. Perawat dapat memantau, memberikan pendidikan kesehatan, menindaklanjuti, menganalisis dan mengumpulkan data, melakukan intervensi, mendukung keluarga, dan memberikan perawatan kreatif dan kolaboratif menggunakan *telenursing*. Perawat juga melakukan penilaian tambahan, perencanaan, intervensi, dan evaluasi hasil pengobatan saat menggunakan *telenursing* (Fadhila & Afriani, 2019).

Intervensi *telenursing* yang dilakukan menawarkan dukungan bagi perawat dalam menentukan cara saling berkomunikasi dengan pasien untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal. Tiga landasan konseptualnya yaitu kekeluargaan, interaksi profesional dan hasil kesehatan (Fadhila & Afriani, 2019). Interaksi pasien dengan tenaga kesehatan adalah suatu proses/kegiatan interaksi yang terjadi antara pemberi layanan kesehatan dengan pasien, Interaksi atau komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan dengan pasien merupakan suatu proses yang sangat penting dalam proses interapeutik. Hal ini menentukan keberhasilan dalam membantu penyelesaian masalah kesehatan. Interaksi yang efektif ini dapat mengurangi keraguan pasien, mempengaruhi proses pengambilan

Telenursing akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien, sehingga dibutuhkan kompetensi tenaga keperawatan dalam penggunaan *telenursing*. Kompetensi merupakan sebuah kemampuan yang diperlukan untuk kinerja yang efektif. Kompetensi terdiri dari pengetahuan, keterampilan, kemampuan, karakteristik pribadi atau sekelompok. Beberapa keterampilan yang digunakan dalam *telenursing* tidak bisa langsung dicontohkan, perlu adanya pelatihan khusus untuk kompetensi *telenursing*, kebutuhan tersebut untuk standard Pendidikan dan integrasi *telenursing* dalam kurikulum keperawatan. Di berbagai negara, kompetensi merupakan persyaratan yang harus ada, seperti di Jerman. Berdasarkan penelitian sebelumnya (Rutledge et al.,2021). Menjelaskan kompetensi dari *telehealth* untuk Pendidikan dan praktisi keperawatan didapatkan hasil terdapat domain 4P yang dilakukan yaitu perencanaan (merencanakan pelaksanaan program *telehealth*), *preparing* (mempersiapkan proses implementasi *telehealth*), *providing* (menyelenggarakan pelayanan jarak jauh) dan *performance evaluation* (mengevaluasi dampak dan hasil *telehealth*).

Prinsip *Telenursing*

Selama *telenursing*, perawat harus menerapkan prinsip seperti meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, memperluas akses ke layanan kesehatan, menghilangkan perawatan kesehatan yang tidak perlu, dan menjaga kerahasiaan informasi klien. *Telenursing* mengubah penyampaian asuhan keperawatan dengan cara kecil, tetapi tidak mengubah prinsip dan gagasan pemberian asuhan keperawatan yang mendasar (Asiri et al., 2016). Perawat *telenursing* tetap memeriksa, merencanakan, mengelola dan mengevaluasi serta mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai proses keperawatan (Sanderson, 2018).

Intervensi *telenursing* yang dilakukan menawarkan dukungan bagi perawat dalam menentukan cara saling berkomunikasi dengan pasien untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal. Tiga landasan konseptualnya yaitu kekeluargaan, interaksi profesional dan hasil kesehatan (Fadhila & Afriani, 2019). Interaksi pasien dengan tenaga kesehatan adalah suatu proses/kegiatan interaksi yang terjadi antara pemberi layanan kesehatan dengan pasien. Hal ini menentukan keberhasilan dalam membantu penyelesaian masalah kesehatan.

Interaksi yang efektif ini dapat mengurangi keraguan pasien, mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang berhubungan dengan upaya peningkatan dan pengelolaan kesehatan oleh individu maupun komunitas masyarakat, serta menambah kepatuhan dari pasien (Anggraini et al., 2018)

Kekurangan *Telenursing*

Dalam penerapannya *telenursing* di lapangan juga mengalami beberapa hambatan atau kekurangan diantaranya tidak dapat melihat pasien secara langsung, adanya dilema etis, kesulitan teknologi, masalah mengenai privasi, keamanan dan kerahasiaan, perlu bantuan teknis, biaya peralatan tinggi, kurang pengetahuan dan pendidikan yang tepat dalam menangani komputer dan internet, masalah keselamatan pasien, informasi yang tertunda atau hilang, saran yang disalahartikan (Franciska et al., 2020).

Keuntungan *Telenursing*

Telenursing dapat mengurangi biaya perawatan, mengurangi hari rawat di RS, peningkatan jumlah cakupan pelayanan keperawatan dalam jumlah yang lebih luas dan merata, dan meningkatkan mutu pelayanan perawatan di rumah (home care). Menurut Britton,

Keehner, Still & Walden keuntungan *telenursing* sebagai berikut:

1. Efektif dan efisiensi dari sisi biaya kesehatan, pasien dan keluarga dapat mengurangi kunjungan ke pelayanan kesehatan (dokter praktek, ruang gawat darurat, RS dan nursing home).
2. Dapat menjadi jalan keluar kurangnya jumlah perawat dan dengan sumber daya minimal dapat meningkatkan cakupan dan jangkauan pelayanan keperawatan tanpa batas geografis.
3. Mengurangi jarak tempuh dan menghemat waktu tempuh menuju pelayanan kesehatan
4. *Telenursing* dapat mengurangi jumlah kunjungan dan masa hari rawat di rumah sakit sehingga mengurangi terjadinya infeksi nosokomial.
5. Dapat meningkatkan kunjungan perawat terhadap pasien kronis, tanpa memerlukan biaya dan meningkatkan pemanfaatan teknologi
6. Dapat dimanfaatkan dalam bidang pendidikan keperawatan (model *distance learning*) dan perkembangan riset keperawatan berbasis informatika kesehatan. *Telenursing* dapat pula digunakan dalam pembelajaran di kampus, video conference, pembelajaran online dan multimedia *distance learning*. Keterampilan klinik keperawatan dapat dipelajari dan dipraktikkan melalui model simulasi lewat secara interaktif.

Penggunaan teknologi dalam *telenursing* juga dapat menjadi dasar database data keperawatan, yang terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan/ kedokteran. Dalam praktek sehari-hari, penerapan informatika kedokteran bisa dilihat seperti :

a. Proses pengolahan data

Data adalah tulang punggung proses informatika selanjutnya. Dalam bidang ini dipelajari bagaimana memperoleh dan mengeluarkan data, merawat data, dan lain-lain. Kesemuanya dibutuhkan agar pengambilan keputusan manusia bisa dipercepat.

b. Telekomunikasi yang masuk dalam bidang ini adalah *teleconsultation*, *teleradiologi*, *telecardiologi*, *telenursing* dan tele yang lainnya.

c. *Medical Imaging*

Yang masuk dalam area ini seperti: ultrasound, radiologi, kedokteran nuklir, dan lain-lain

d. Sistem Informasi

Terdapat dua pembagian besar sistem informasi yaitu yang berfokus pada pasien dan yang berfokus pada keperawatan.

e. Web dan internet

Perkembangan dunia telekomunikasi begitu cepat. Saat ini aplikasi yang berbasis web sudah mulai digemari karena lebih mudah digunakan dari manapun dan kapan saja. Sebaliknya, sifat website pun sudah mulai berubah. Jika dahulu hanya bersifat satu arah (broadcast), misalnya menginformasikan jam praktek dokter, artikel kesehatan, dan lain-lain. Kemudian berkembang menjadi bersifat interaktif (dua arah), seperti tanya jawab, dan lain-lain. Akhir-akhir ini, aktivitas di website bisa dijadikan sebagai salah satu alat untuk proses bisnis, seperti: proses pendaftaran pasien, melihat rekam medik dan lain-lain.

Adapun kelebihan *telenursing* lainnya dalam penelitiannya mengungkapkan manfaat mengenai

telenursing yaitu meningkatkan akses pasien ke perawatan berkualitas tinggi dan berdampak tinggi. Telepon digunakan secara luas sebagai bentuk komunikasi yang nyaman, dan *telenursing* menjadi lebih umum. Cara penyampaian ini tidak hanya menurunkan biaya dan meningkatkan akses ke layanan perawatan, tetapi juga meningkatkan hubungan antara pasien dan petugas kesehatan (perawat) (Javanmardifard, Ghodsbin, Kaviani, & Jahanbin, 2017).

Dalam hasil penelitian oleh Yang, Jiang, & Li tahun 2019 mengenai 'Peran *Telenursing* Dalam Manajemen Pasien Dengan Diabetes' dihasilkan bahwa *Telenursing* dapat membantu pasien diabetes meningkatkan kontrol glikemik mereka, *telenursing* hadir sebagai teknik yang bermanfaat untuk pendidikan pasien dan intervensi pengobatan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Wirmando et al., 2021), pemberian metode *telenursing* dapat meningkatkan kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet zat besi. Hal ini ditunjukkan dari adanya perbedaan rerata ranking pada kedua kelompok. Hasil rerata ranking pada kelompok eksperimen adalah 18,73 nilai ini lebih besar dari rerata ranking pada kelompok kontrol yaitu 12,27, sehingga terdapat perbedaan sebesar 6,46 lebih tinggi tingkat kepatuhan pada kelompok eksperimen.

Hukum dan Etika *Telenursing*

Telenursing akan berkaitan dengan isu aspek legal, peraturan etik dan kerahasiaan pasien sama seperti *telehealth* secara keseluruhan. Di banyak negara, dan di beberapa negara bagian di Amerika Serikat khususnya praktek *telenursing* dilarang (perawat yang online sebagai koordinator harus memiliki lisensi disetiap resindesi negara bagian dan pasien yang menerima *telecare* harus

bersifat lokal) guna menghindari malpraktek perawat antar negara bagian. Isu legal aspek seperti akuntabilitas dan malpraktek, dan sebagainya dalam kaitan *telenursing* masih dalam perdebatan dan sulit pemecahannya.

Dalam memberikan asuhan keperawatan secara jarak jauh maka diperlukan kebijakan umum kesehatan (terintegrasi) yang mengatur praktek, SOP (standar operasi prosedur), etik dan profesionalisme, keamanan, kerahasiaan pasien dan jaminan informasi yang diberikan. Kegiatan *telenursing* mesti terintegrasi dengan startegi dan kebijakan pengembangan praktek keperawatan, penyediaan pelayanan asuhan keperawatan, dan sistem pendidikan dan pelatihan keperawatan yang menggunakan model informasi kesehatan/berbasis internet.

Perawat memiliki komitmen menyeluruh tentang perlunya mempertahankan privasi dan kerahasiaan pasien sesuai kode etik keperawatan. Beberapa hal terkait dengan isu ini, yang secara fundamental mesti dilakukan dalam penerapan teknologi dalam bidang kesehatan dalam merawat pasien adalah

1. Jaminan kerahasiaan dan jaminan pelayanan dari informasi kesehatan yang diberikan harus tetap terjaga
2. Pasien yang mendapatkan intervensi melalui *telehealth* harus diinformasikan potensial resiko (seperti keterbatasan jaminan kerahasiaan informasi, melalui internet atau telepon) dan keuntungannya
3. Diseminasi data pasien seperti identifikasi pasien (suara, gambar) dapat dikontrol dengan membuat informed consent (pernyataan persetujuan) lewat email

4. Individu yang menyalahgunakan kerahasiaan, keamanan dan peraturan dan penyalahgunaan informasi dapat dikenakan hukuman/legal aspek.

Dengan melihat potensi dan perkembangan pelayanan keperawatan, sistem informasi kesehatan dan penggunaan internet di Indonesia, bukan tidak mungkin hal ini mendasari *telenursing* berkembang di Indonesia (dalam berbagai bentuk aplikasi teknik komunikasi) dan beragam tujuan. Hal ini tidak lain agar pelayanan asuhan keperawatan dan perkembangan ilmu, riset dan pendidikan keperawatan di Indonesia dapat sejajar minimal dengan perkembangan teknologi kesehatan, dan kedokteran di Indonesia.

Pengaplikasian *Telenursing*

Penerapan *telenursing* dapat diberikan pada pasien dengan mengingatkan untuk minum obat, memberikan edukasi tentang pentingnya pengobatan secara tuntas, menginformasikan efek samping obat, menanyakan keluhan yang di rasakan pasien serta bagaimana mengatasi hal tersebut (Wirmando et al., 2021)

Pengembangan *telenursing* menghadirkan model terbaru berupa *short message service* berbasis *reminder* atau yang biasa dikenal dengan N-MSI. N-MSI dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan cara mengirimkan *Short Message Service* (SMS). Metode ini dikembangkan oleh (Anggana & Ikasari, 2019) dan diterapkan kepada pasien *Tuberculosis* atau keluarga pasien. SMS berisi pesan pengingat minum obat dan nutrisi, dikirim setiap hari dengan frekuensi yang disesuaikan.

Daftar Pustaka

- Anggana, R., & Ikasari, F. S. (2019). Pengembangan telenursing N-SMSI (Ners-Short Message Service Intervention) dalam perawatan pasien TB (Tuberkulosis) post rawat di rumah sakit. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia* 9 (04),660-666
- Amudha, R., Nalini, R., Alamelu, R., Badrinath, V., & Sharma, M. N. (2017). Telehealth and Telenursing-Progression in Healthcare Practice. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 10(8), 2797-2800. doi:10.5958/0974-360X.2017.00495.4
- American Nurses Association (2001) *Developing telehealth protocols : a blueprint for success*. Washington, DC: American Nurses Association
- A-siri, H., & Househ, M. (2016). The *Impact of Telenursing on Nursing Practice and Education: A Systematic Literature Review*. *Studies in health technology and informatics*, 226, 105. Sanderson, 2018
- Eren, H., & Webster, J. G. (2017). *Telehealth and mobile health*. New York: CRC Press.
- Franciska, M., Boro, V., Indonesia, U., & Indonesia, U. (2020). Implementasi Telenursing Dalam Praktik Keperawatan: Studi Literature. *Carolus Journal Of Nursing*, 2(2), 161-169.
- Javanmardifard, S., Ghodsbin, F., Kaviani, M. J., & Jahanbin, I. (2017). The effect of telenursing on self-efficacy in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a randomized controlled clinical trial. *Gastroenterology & Hepatology from Bed to Bench*, 10(4), 263-271
- Jenniver, C. (2022). Pengaruh Metode Telenursing terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Klien Skizofrenia. *Journal Of Finance And Business Digital*, 1(2), 129-144.
- KEMENKES. (2015). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 97 TAHUN 2015*. <http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/PMK-No-97-Th-2015-ttg-Peta-Jalan-Sistem-Informasi-Kesehatan-Tahun-2015-2019.pdf>

- Kumar, S., & Snooks, H. (2013). *Telenursing*. London: Springer
- Lacuarin, R. A., Dela Merced, J. J., Lopez, M. A. E., Perez, C. V., Guevarra, C. C., Yadan, D. Y., ... & Pegarum, J. S. (2023). LEVEL OF COMPETENCY IN OF NURSES IN TELENURSING: BASIS FOR E-TRAINING PROGRAM. *Globus: An International Journal of Medical Science, Engineering & Technology*, 12(1).
- Mahardika, I. M. R, Wahyuningsih, L.G.N.S, Lestarini, P. A. (2022) Telenursing in health services in the era of the COVID-19 pandemic: literatur review., *Babali Nursing Research* 3 (2), 56-62.
- McCaughan, A. K. (2009). Home telehealth: improving care and decreasing costs. *Handbook of Home Health Care Administration*, 175.
- Mutia, A., & Diel, M. M. (2023). Pengaruh telenursing terhadap kepuasan pelayanan informasi pada pasien yang telah di rawat di ruang pu 3 rs. A tangerang. *Nusantara Hasana Journal*, 3(3), 139-144. Christoforou et al., 2020
- Souza-Junior, V. D., Mendes, I. A. C., Mazzo, A., & Godoy, S. (2016). Application of telenursing in nursing practice: an integrative *literature review*. *Applied Nursing Research*, 29, 254-260. doi:10.1016/j.apnr.2015.05.005
- Souza, C. F. Q. d., Oliveira, D. G. d., Santana, A. D. d. S., Mulatinho, L. M., Cardoso, M. D., Pereira, E. B. F. e., & Aquino, J. M. d. (2019). Evaluation of nurses performance in telemedicine. *Rev. Bras. Enferm. Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 933-939.
- Yang, S., Jiang, Q., & Li, H. (2019). The role of telenursing in the management of diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nursing*, 36(4), 575-586. doi:10.1111/phn.12603

Profil Penulis



Munadiah Wahyuddin, S.Kep, Ns., M.Kes.

Anak kedua dari empat bersaudara. Penulis merupakan asli keturunan suku bugis Bulukumba. Sejak duduk dibangku SMA, penulis tertarik dengan dunia kesehatan terutama keperawatan jadi penulis meneruskan kuliah dengan mengambil jurusan keperawatan di UIN Alauddin Makassar pada tahun 2007. Di tahun 2011 alhamdulillah penulis telah menyelesaikan studi dan mendapat gelar “sarjana keperawatan (S.Kep)” setelah itu, melanjutkan studi profesi ners dan selesai ditahun 2013. Gelar kedua penulis dapatkan pada tahun 2015 yakni “Magister Kesehatan (M.Kes) dengan konsentrasi majanemen administrasi rumah sakit” di Universitas Indonesia Timur (UIT). Gelar ketiga penulis dapatkan di tahun 2018 yakni “Magister Kesehatan (M.Kes) dengan mengambil jurusan *Emergency And Disaster Management*” di Universitas Hasanuddin Makassar. Ketertarikan penulis dalam bidang pelayanan emergency disaster membuat penulis aktif sebagai relawan PMI yang ikut memberikan pelayanan di lokasi bencana.

Cita-cita awal penulis adalah menjadi seorang perawat, namun setelah menyelesaikan kuliah strata satu dan kemudian lanjut strata dua, membuat penulis lebih fokus berkarir dalam dunia pendidikan. Hal ini tidak terlepas dari dukungan kedua orang tua yang merupakan pendidik anak bangsa. Bapak yang berprofesi sebagai dosen dan ibu sebagai guru sehingga menginspirasi penulis untuk mengikuti jejak mereka. Karir sebagai pendidik dimulai sejak 2012 dengan profesi awal sebagai guru di SMK Kesehatan BAZNAS kemudian ditahun 2014 mulai berkakri sebagai dosen tetap yayasan hingga saat ini. Pada tahun 2016, alhamdulillah penulis telah mendapatkan sertifikat sebagai dosen profesional. Untuk meningkatkan karir penulis sebagai dosen profesional, penulis juga aktif dalam bidang pengabdian kepada masyarakat, penelitian, dan penulisan buku. Beberapa kegiatan penelitian maupun pengabmas yang penulis laksanakan mendapatkan dana hibah baik dari internal maupun eksternal kampus. Saat ini penulis masih terus belajar mengembangkan potensi penulis dalam menulis buku dengan harapan bisa lebih banyak membagi ilmu dan berkontribusi dalam mencerdaskan anak bangsa Indonesia.

Email Penulis: yaya.nadyah@gmail.com

- 1 STANDAR-STANDAR PROFESIONAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DAN FOKUS PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL
Sulastrı
- 2 SISTEM PENDIDIKAN KEPERAWATAN DAN PENDIDIKAN TINGGI KEPERAWATAN
Bıma Aminul Karım
- 3 MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP)
Septı Machelia Champaca Nursery.
- 4 MANAJEMEN DAN MODEL ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL (MAKP)
Mıta
- 5 REGISTRASI PRAKTIK PERAWAT DAN JENJANG KARIER PROFESIONAL KEPERAWATAN
Kori Limbong
- 6 KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN KOMUNIKASI EFEKTIF
Yesiana Dwi Wahyu Werdani
- 7 STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DAN PROSEDUR TETAP DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL
Aemilianus Mau
- 8 PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN, ISTIRAHAT DAN TIDUR
Kurnıati Prihatın
- 9 PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN
Nurul Hayati
- 10 PEMENUHAN KEBUTUHAN HYGIENE DAN SELF CARE
Sri Widowati
- 11 HAK DAN KEWAJIBAN PERAWAT-KLIEN
Sofia Februanti
- 12 KOMITE KEPERAWATAN DAN KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN
Dwi Prihatın Era
- 13 TELENURSING
Munadiah Wahyuddin

Editor:
Arif Munandar

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

