



KEPERAWATAN PROFESIONAL



Zuliani • Sufendi Hariyanto • Dely Maria • Ireine Tauran
Siti Urifah • Angga Sugiarto • Sitti Muhsinah • Neneng Kurwiyah
Esther Lenny Dorlan Marisi • Marisa Junianti Manik
Enni Juliani • Ani Kuswati



KEPERAWATAN PROFESIONAL



Zuliani • Sufendi Hariyanto • Dely Maria • Ireine Tauran
Siti Urifah • Angga Sugiarto • Sitti Muhsinah • Neneng Kurwiyah
Esther Lenny Dorlan Marisi • Marisa Junianti Manik
Enni Juliani • Ani Kuswati

KEPERAWATAN PROFESIONAL



UU 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 Perlindungan Pasal 26

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

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. 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 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).
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 a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Keperawatan Profesional

Zuliani, Sufendi Hariyanto, Dely Maria, Ireine Tauran
Siti Urifah, Angga Sugiarto, Sitti Muhsinah, Neneng Kurwiyah
Esther Lenny Dorlan Marisi. Marisa Junianti Manik
Enni Juliani, Ani Kuswati



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Profesional

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Zuliani, Sufendi Hariyanto, Dely Maria, Ireine Tauran
Siti Urifah, Angga Sugiarto, Sitti Muhsinah, Neneng Kurwiyah
Esther Lenny Dorlan Marisi. Marisa Junianti Manik
Enni Juliani, Ani Kuswati

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Zuliani., dkk.

Keperawatan Profesional

Yayasan Kita Menulis, 2023

xvi; 184 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-693-0

Cetakan 1, Januari 2023

- I. Keperawatan Profesional
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur tim penulis ucapkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan banyak anugerah, limpahan rahmat, dan keberkahan kepada seluruh akademisi keperawatan yang telah bekerja keras mencurahkan segala pengetahuan dan kemampuannya dalam menyelesaikan buku “Keperawatan Profesional.” Dengan buku ini diharapkan mampu menjadi tambahan referensi bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan profesional dan buku pegangan bagi mahasiswa saat praktik profesi serta praktisi keperawatan saat melakukan asuhan keperawatan.

Buku ini memberikan banyak mengulas keperawatan profesional tentang :

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan

Bab 2 Peran, Fungsi dan Kompetensi Perawat

Bab 3 Konsep Sehat Sakit

Bab 4 Pelayanan Keperawatan

Bab 5 Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Bab 6 Sasaran Pelayanan Keperawatan

Bab 7 Proses Keperawatan

Bab 8 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Bab 9 Model-model Praktik Keperawatan

Bab 10 Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

Bab 11 Sistem Pendidikan Keperawatan

Bab 12 Standar-Standar Profesional dalam Praktik Keperawatan

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu ilmu keperawatan profesional yang berkembang pesat dan akan selalu ada informasi

yang dapat diterapkan pada saat merawat pasien, semakin banyak pengetahuan dan pengalaman yang didapatkan seorang perawat, akan membuatnya semakin baik dalam memberikan pelayanan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka perawat harus tetap belajar agar kemampuan intelektual dan emosional perawat dapat berkembang, dan mampu berpikir kritis untuk menyelesaikan masalah, serta membuat keputusan dengan tepat, benar, dan efisien dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan hingga penerbitan buku ini. Penulis juga menyadari bahwa buku ini jauh dari sempurna, oleh karena itu segala masukan yang baik dan mendukung sangat diharapkan. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi setiap pembaca, khususnya dalam pengembangan dunia profesi keperawatan.

Tim Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel.....	xv

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Keperawatan.....	2
1.3 Konsep Dasar Keperawatan	4
1.4 Berpikir Kritis dan Penalaran Kritis	4
1.5 Proses Keperawatan	6
1.6 Penilaian	7
1.7 Diagnosis.....	9
1.8 Identifikasi Hasil	9
1.9 Perencanaan	9
1.10 Rencana Asuhan Keperawatan	10
1.11 Pelaksanaan.....	10
1.12 Evaluasi	10
1.13 Manfaat Menggunakan Proses Keperawatan.....	11

Bab 2 Peran, Fungsi dan Kompetensi Perawat

2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Peran Perawat	14
2.2.1 Macam-macam Peran Perawat.....	15
2.3 Fungsi Perawat.....	19
2.4 Kompetensi Perawat.....	21
2.4.1 Standar Kompetensi Perawat.....	21
2.4.2 Sistematika Standar Kompetensi Perawat	21
2.4.3 Standar Kompetensi Perawat.....	23

Bab 3 Konsep Sehat Sakit

3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Konsep Kesehatan Masyarakat	29
3.3 Konsep Perilaku.....	30
3.3.1 Domain Perilaku	30
3.3.2 Faktor faktor Pembentukan Perilaku.....	31
3.4 Konsep sehat sakit	31
3.4.1 Definisi Sehat dan sakit	31
3.4.2 Faktor Derajat Kesehatan Masyarakat	31
3.4.3 Konsep Sakit berdasarkan Trias Epidemiologi	32
3.4.4 Interaksi Rentang Sehat Sakit	33
3.5 Pendekatan Pencegahan Kesehatan	36
3.5.1 Pencegahan Primer	36
3.5.2 Pencegahan Sekunder.....	37
3.5.3 Pencegahan Tersier.....	37

Bab 4 Pelayanan Keperawatan

4.1 Pendahuluan.....	39
4.2 Teori Pelayanan Keperawatan.....	40
4.2.1 Sudut Pandang Pelayanan Keperawatan	41
4.2.2 Kualitas Pelayanan Keperawatan.....	44
4.2.3 Pelayanan/Asuhan Keperawatan	46
4.2.4 Sistem Pelayanan Keperawatan	51
4.2.5 Mutu Pelayanan Keperawatan	53
4.2.6 Macam Metode Asuhan Keperawatan	54

Bab 5 Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

5.1 Pendahuluan.....	57
5.2 Definisi Keselamatan Pasien	59
5.3 Tujuan Keselamatan Pasien.....	60
5.4 Standar Keselamatan Pasien.....	61
5.5 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	69
5.5.1 Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien.....	70
5.5.2 Memimpin dan Mendukung Staf	70
5.5.3 Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko	71
5.5.4 Mengembangkan Sistem Pelaporan	72
5.5.5 Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien	72
5.5.6 Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien ...	73
5.5.7 Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien .	73

Bab 6 Sasaran Pelayanan Keperawatan

6.1 Pelayanan Keperawatan	75
6.1.1 Definisi Istilah Sesuai Undang-Undang Keperawatan	76
6.1.2 Asas Praktik Keperawatan	78
6.1.3 Tugas dan Wewenang Perawat	78
6.1.4 Hak dan Kewajiban Perawat.....	81
6.2 Sasaran Pelayanan Keperawatan	82
6.2.1 Hak dan Kewajiban Klien.....	82
6.2.2 Klien Perseorangan.....	83
6.2.3 Keluarga	84
6.2.4 Komunitas	85

Bab 7 Proses Keperawatan

7.1 Pendahuluan.....	89
7.2 Sejarah Proses Keperawatan.....	90
7.3 Definisi Proses Keperawatan.....	90
7.3.1 Tujuan, Organisasi dan Karakteristik	90
7.3.2 Manfaat Proses Keperawatan.....	91
7.4 Teori yang Mendasari Proses Keperawatan	92
7.4.1 Teori Sistem	92
7.4.2 Teori Kebutuhan Manusia.....	93
7.4.3 Teori Persepsi.....	93
7.4.4 Teori Pengambilan Keputusan dan Penyelesaian Masalah	93
7.5 Langkah-Langkah Proses Keperawatan	94
7.5.1 Pengkajian Keperawatan.....	95
7.5.2 Diagnosis	96
7.5.3 Perencanaan.....	97
7.5.4 Implementasi	98
7.5.5 Evaluasi Keperawatan	98

Bab 8 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

8.1 Pendahuluan.....	101
8.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	102
8.3 Konsep Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	102
8.3.1 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan	103
8.3.2 Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan	103
8.3.3 Prinsip-Prinsip Pendokumentasi Asuhan Keperawatan	104
8.3.4 Dokumentasi Proses Keperawatan	104

Bab 9 Model-model Praktik Keperawatan

9.1	Pendahuluan.....	109
9.2	Praktik Keperawatan Profesional.....	111
9.3	Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Praktik Keperawatan.....	111
9.4	Karakteristik Hubungan Profesional.....	112
9.5	Model-Model Praktik Keperawatan.....	113
9.5.1	Model Praktik Keperawatan Fungsional.....	113
9.5.2	Model Praktik Keperawatan Tim.....	114
9.5.3	Model Praktik Keperawatan Kasus.....	115
9.5.4	Model Praktik Keperawatan Primer.....	116
9.5.5	Model Praktik Keperawatan Modular.....	118
9.6	Empat Pilar MPKP.....	119
9.6.1	Pilar 1 dengan pendekatan manajemen keperawatan.....	119
9.6.2	Pilar 2 dengan sistem penghargaan SDM.....	120
9.6.3	Pilar 3 dengan pendekatan hubungan professional.....	120
9.6.4	Pilar 4 dengan pendekatan manajemen asuhan keperawatan.....	120
9.7	Kegiatan dalam MPKP.....	120
9.7.1	Timbang Terima atau Operan Klien.....	120
9.7.2	Pre Conference.....	121
9.7.3	Middle Conference.....	121
9.7.4	Post Conference.....	122
9.7.5	Pelaksanaan Kegiatan Asuhan.....	122
9.8	Karakteristik Praktik Keperawatan Profesional.....	122

Bab 10 Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

10.1	Konsep Praktik Berbasis Bukti.....	125
10.2	Perbedaan Evidence-based Practice, Research, dan Quality Improvement.....	127
10.3	Tahapan Praktik Berbasis Bukti.....	128
10.4	Model Praktik Berbasis Bukti.....	131
10.4.1	Model Iowa.....	131
10.4.2	Model Stetler.....	132
10.4.3	Model Penggunaan Riset Ottawa.....	132
10.4.4	Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) Framework.....	132
10.4.5	ACE (Academic Center for Evidence-based practice) Star Model of Knowledge Transformation.....	132
10.4.6	Advancing Research and Clinical practice through Close Coordination (ARCC).....	132
10.4.7	Model Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice	

(JHNEBP).....	133
10.4.8 Kerangka Kerja Proses Knowledge-To-Action (KTA).....	133
10.5 Model Praktik Berbasis Bukti	134
Bab 11 Sistem Pendidikan Keperawatan	
11.1 Pendahuluan.....	135
11.2 Ketentuan Umum/Terminologi Pada Pendidikan Keperawatan	136
11.3 Perkembangan Pendidikan Keperawatan di Indonesia	139
11.4 Standar Pendidikan Keperawatan	141
11.5 Jenis, Jenjang dan Beban Studi Pendidikan Keperawatan	143
11.6 Kompetensi Keperawatan Berdasarkan Jenjang Pendidikan.....	145
11.7 Gelar Pendidikan Vokasi, Akademik dan Profesi.....	148
11.8 Sertifikasi Lulusan Pendidikan Keperawatan.....	148
11.9 Penjaminan Mutu Pendidikan Keperawatan	149
Bab 12 Standar-Standar Profesional dalam Praktik Keperawatan	
12.1 Pendahuluan.....	151
12.2 Standar-Standar Profesional Dalam Praktik Keperawatan.....	152
12.2.1. Standar Praktik Professional	152
12.2.2 Standar Kinerja Professional.....	158
Daftar Pustaka	169
Biodata Penulis	170

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Sistematika Standar Kompetensi Perawat	22
Gambar 2.2: Area Kompetensi Perawat.....	23
Gambar 3.1: Faktor yang memengaruhi status kesehatan masyarakat.....	32
Gambar 3.2: Model Trias Epidemiologi	33
Gambar 3.3: Tahapan penilaian gejala sakit.....	34
Gambar 7.1: Teori Sistem Proses Keperawatan.....	92
Gambar 7.2: Teori Sistem Proses Keperawatan.....	93
Gambar 7.3: Teori Sistem Proses Keperawatan.....	93
Gambar 7.4: Teori Sistem Proses Keperawatan.....	94
Gambar 7.5: Tahap proses Penegakan Diagnosis (Diagnostic Process)	96
Gambar 9.1: Model Praktik Keperawatan Fungsional.....	113
Gambar 9.2: Model Praktik Keperawatan Tim	114
Gambar 9.3: Model Praktik Keperawatan Kasus.....	116
Gambar 9.4: Model Praktik Keperawatan Primer	117
Gambar 9.5: Model Praktik Keperawatan Modular.....	119
Gambar 11.1: Sistem Pendidikan Tinggi Keperawatan.....	145

Daftar Tabel

Tabel 7.1: Langkah-langkah Proses Keperawatan	94
Tabel 11.1: Kompetensi Berdasarkan Jenjang Pendidikan Saat Ini.....	146
Tabel 11.2: Jenjang dan Tingkat Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) Bidang Keperawatan	147

Bab 1

Konsep Dasar Keperawatan

1.1 Pendahuluan

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Keberhasilan pelayanan kesehatan bergantung pada partisipasi perawat dalam memberikan perawatan yang berkualitas bagi pasien. Pelayanan pasien pada Keperawatan memerlukan pelayanan yang komprehensif, cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan dengan memperhatikan aspek biopsikososial dan kultural. Tentunya untuk mendukung hal tersebut, dibutuhkan konsep dasar keperawatan yang diharapkan untuk mencapai keperawatan profesional sebagai objek dari asuhan keperawatan yang diberikan. Mengacu kepada kondisi pelayanan dalam Keperawatan maka perawat harus memiliki kemampuan minimal yang kemudian dituangkan dan dikembangkan dalam kurikulum pendidikan keperawatan dalam mata kuliah Keperawatan Profesional (Tussaleha, 2014).

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Kusnanto, 2003). Perawat (nurse) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti

merawat atau memelihara. Menurut Kusnanto (2003), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Sedangkan perawat menurut Wardhono (1998) adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan professional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran serta fungsinya.

1.2 Definisi Keperawatan

Tahun 1999 UKCC menyatakan "definisi keperawatan akan terlalu membatasi profesi", namun, dalam praktiknya definisi keperawatan meliputi perumusan kebijakan, spesifikasi layanan, dan pengembangan kurikulum pendidikan (Mcgee, 2017; Nursing, 2003). Keperawatan dapat mengendalikan pelayanan yang diberikan, pembiayaan, kegiatan penelitian dan penentuan kebijakan. Berbagai jenis definisi keperawatan diperlukan untuk berbagai tujuan yang berbeda. Definisi keperawatan adalah dapat diartikan secara implisit dan eksplisit, kode etik, spesifikasi ruang lingkup praktik keperawatan, dan kurikulum pendidikan.

Asuhan keperawatan telah didefinisikan oleh Undang-Undang Perawatan Kesehatan dan Sosial sejak tahun 2001 yang membedakan 'perawatan sosial' atau 'perawatan pribadi' dengan, perawatan profesional" yang bertujuan untuk mendefinisikan tanggung jawab atas penyediaan layanan dan kelayakan penggunaan anggaran dana (Presiden RI, 2014). Definisi legislasi ini memengaruhi definisi dari pemberian pelayanan keperawatan secara profesional yang menempatkan konsep-konsep yang mendasar untuk mengatasi semua permasalahan klien dari sisi keperawatan.

Definisi keperawatan yang disajikan dalam tulisan ini dinyatakan dalam bentuk konsep yang didukung oleh enam karakteristik. Pemberian asuhan keperawatan bersifat holistik dan mencakup pemberian pelayanan bagi klien sehat dan sakit dalam kelompok dan individu, sehingga harus melibatkan profesi lain dalam bentuk kolaborasi. Perbedaan antara keperawatan profesional dan keperawatan lainnya terletak pada jenis tugas yang dilakukan, atau pada tingkat keterampilan yang diperlukan untuk melakukan tugas tertentu.

Berikut ciri-ciri praktik profesional (Koning et al., 2021; Maglione & Neville, 2021):

1. Penilaian klinis yang melekat dalam proses penilaian, diagnosis, resep dan evaluasi
2. Pengetahuan yang merupakan dasar dari penilaian kebutuhan dan penentuan tindakan untuk memenuhi kebutuhan
3. Akuntabilitas pribadi untuk semua keputusan dan tindakan, termasuk keputusan untuk mendelegasikan kepada orang lain
4. Hubungan terstruktur antara perawat dan pasien yang menggabungkan peraturan profesional dan kode etik dalam kerangka hukum.

Kompleksitas kebutuhan perawatan kesehatan masyarakat membutuhkan pengetahuan kolektif, keterampilan dan tindakan dari banyak disiplin ilmu dan profesi. Setiap disiplin ilmu berkolaborasi dalam bentuk pengetahuan dan keterampilan, namun tetap memberikan kontribusi sesuai dengan keahlian dan ranah penugasan masing-masing yang disepakati profesi (Nursing, 2003). Kontribusi unik dari setiap disiplin ilmu terletak pada kombinasi khusus dan unik pada elemen-elemen dan perspektif serta orientasi masing-masing.

Konsep utama dalam keperawatan juga ditemukan dalam definisi keperawatan yang dikembangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia: "Misi keperawatan dalam masyarakat adalah untuk membantu individu, keluarga dan kelompok mencapai

kesehatan yang optimal baik fisik, mental dan sosial (Darling et al., 2021; Nursing, 2003). Hal ini mengharuskan perawat untuk mengembangkan dan melakukan fungsi promosi dan pemeliharaan kesehatan serta pencegahan kondisi kesehatan yang buruk. Keperawatan juga mencakup perencanaan dan pelaksanaan perawatan selama sakit dan rehabilitasi yang mencakup aspek kehidupan yang hisis, mental dan sosial karena memengaruhi kesehatan, penyakit, kecacatan dan kematian.

Fokus asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, dan kelompok di seluruh rentang hidup dari pembuahan hingga kematian. Keperawatan adalah seni dan ilmu yang membutuhkan pemahaman dan penerapan pengetahuan dan keterampilan disiplin ilmu. Ini juga mengacu pada pengetahuan dan teknik yang berasal dari humaniora dan ilmu fisik, sosial, medis dan biologi."

1.3 Konsep Dasar Keperawatan

Kesehatan dianggap sebagai konsep dasar dalam praktik keperawatan. Perawat harus memahami dan mempelajari konsep dan klarifikasi untuk dapat meningkatkan praktik keperawatan. Menurut kamus konsep didefinisikan sebagai “sesuatu yang dikandung dalam pikiran atau ide abstrak atau generik yang digeneralisasikan dari kejadian-kejadian tertentu”. Konsep merupakan abstrak yang digunakan untuk menggambarkan beberapa fenomena yang terjadi secara alami (Kynoch et al., 2021).

Teori dalam berbagai disiplin ilmu yang berkaitan dengan keperawatan yaitu disiplin psikologis dan biologis (Patel, 2019). Disiplin Psikologis berbicara tentang kepribadian, kecerdasan, dan kognisi sementara disiplin biologis melibatkan spesies sel protoplasma. Ada empat konsep dalam teori keperawatan yang memengaruhi praktik keperawatan, meliputi tujuan, peran, dan fungsi pasien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan (Patel, 2019). Praktik dalam keperawatan perlu ditingkatkan, salah satunya dengan memperjelas konsep-konsep yang membangunnya. Kejelasan ini mengacu pada proses yang disebut pengembangan konsep (Fhirawati; Sihombing Marlyn, 2020). Sebagai profesional kesehatan, penting untuk mengembangkan penelitian ilmiah dari konsep-konsep dasar yang berkaitan dengan bidang yang diminati. Analisis konsep adalah tentang mempelajari makna konsep yang bertujuan menyelesaikan kesenjangan dan memberikan pemahaman yang lebih baik. Konsep berkisar dari kenyataan hingga abstrak dan dipengaruhi faktor-faktor tertentu.

1.4 Berpikir Kritis dan Penalaran Kritis

Perawat dalam memberikan perawatan pada pasien, harus membuat keputusan dengan menggunakan pemikiran kritis dan penalaran klinis. Berfikir kritis adalah istilah yang sering digunakan dalam keperawatan yang mencakup "penalaran tentang masalah klinis seperti kerja tim, kolaborasi, dan merampingkan alur kerja (Proses & Nurhaliza, 2013; Puji, n.d.). Menggunakan pemikiran kritis berarti bahwa perawat mampu secara mandiri mengambil langkah ekstra untuk menjaga keselamatan pasien dan berarti juga secara mandiri melakukan tugasnya, bukan hanya mengikuti perintah. Keakuratan

informasi pasien divalidasi dan rencana untuk merawat pasien didasarkan pada kebutuhan mereka, praktik klinis saat ini, dan penelitian.

Pemikiran kritis menjadikan perawat memilih sikap tertentu akhirnya menumbuhkan kebiasaan melakukan sesuatu berdasarkan pemikiran rasional. Sikap-sikap ini adalah sebagai berikut:

1. Kemandirian berpikir: berpikir sendiri
2. Pikiran yang adil: memperlakukan setiap sudut pandang dengan cara yang tidak memihak dan tidak dapat diprediksi
3. Memikirkan kebaikan yang lebih besar dan tidak hanya memikirkan diri sendiri, mengetahui kapan memikirkan diri sendiri (egosentrisitas) dan ketika berpikir atau bertindak untuk kebaikan yang lebih besar (sosiosentrisitas)
4. Kerendahan hati intelektual: mengenali keterbatasan dan kemampuan intelektual
5. Non judgmental: menggunakan standar etika profesional dan tidak mendasarkan penilaian pada standar pribadi atau moral sendiri
6. Integritas: Jujur dan menunjukkan prinsip-prinsip moral yang kuat
7. Ketekunan: Bertahan dalam melakukan sesuatu meskipun sulit
8. Keyakinan: Percaya pada diri sendiri untuk menyelesaikan tugas atau aktivitas
9. Minat dalam mengeksplorasi pikiran dan perasaan: Ingin mengeksplorasi berbagai cara mengetahui
10. Keingintahuan: Bertanya "mengapa" dan ingin tahu lebih banyak

Penalaran klinis didefinisikan sebagai, "Proses kognitif kompleks yang menggunakan strategi berpikir formal dan informal untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi pasien, mengevaluasi pentingnya informasi ini, dan menimbang tindakan alternatif. Tujuan berfikir kritis untuk membuat penilaian yang baik tentang perawatan yang diberikan pada pasien. Perawat harus memiliki alternatif dalam tindakan, menimbang setiap tindakan berdasarkan bukti, dan dapat memilih tindakan terbaik yang menguntungkan pasien dan keluarga. Kemampuan untuk bernalar secara klinis berkembang dari waktu ke waktu dan didasarkan pada pengetahuan dan pengalaman seseorang (Aung et al., 2016).

Penalaran induktif dan deduktif adalah keterampilan berpikir kritis yang membantu perawat melakukan penilaian klinis dalam proses keperawatan (Sitanggang, 2019). Proses penalaran melibatkan isyarat, membuat generalisasi, dan membuat hipotesis, sehingga memungkinkan juga membuat data yang berada di luar temuan yang diharapkan, ini yang memberi perawat petunjuk atau indikasi potensi masalah atau kondisi pasien (Puji, n.d.; Sitanggang, 2019). Perawat mengatur isyarat ini ke dalam pola dan menciptakan generalisasi. Adalah penilaian yang dibentuk dari serangkaian fakta, isyarat, dan pengamatan dan mirip dengan mengumpulkan potongan potongan teka-teki gambar menjadi pola sampai keseluruhan gambar menjadi lebih jelas. Berdasarkan generalisasi yang dibuat dari pola data, perawat membuat hipotesis mengenai masalah pasien. Hal ini mencoba menjelaskan "mengapa" di balik masalah yang terjadi. Jika "mengapa" diidentifikasi, maka solusi dapat mulai dieksplorasi.

Tidak ada yang bisa menarik kesimpulan tanpa terlebih dahulu memperhatikan isyarat. Memperhatikan pasien, lingkungan, dan interaksi dengan anggota keluarga sangat penting untuk penalaran induktif Saat perawat bekerja untuk meningkatkan penalaran induktif dimulai dengan terlebih dahulu memperhatikan detail tentang hal-hal di sekitar perawat. Seorang perawat mirip dengan detektif yang mencari isyarat pada gambar. Perawat membutuhkan pola penalaran induktif yang kuat dan dapat mengambil tindakan dengan cepat, terutama dalam situasi darurat. Mereka dapat melihat bagaimana objek atau peristiwa tertentu membentuk pola yang generalisasi yang menunjukkan masalah umum yaitu, hipotesis.

1.5 Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah model pemikiran kritis berdasarkan pendekatan sistematis untuk perawatan yang berpusat pada pasien (Nursing, 2003). Perawat menggunakan proses keperawatan untuk melakukan penalaran klinis dan membuat penilaian klinis ketika memberikan perawatan pasien. Proses keperawatan didasarkan pada Standar Praktik Keperawatan Profesional yang ditetapkan oleh *American Nurses Association* (ANA) secara internasional. Standar-standar ini adalah pernyataan otoritatif dari tindakan dan perilaku yang diharapkan dilakukan oleh semua perawat terdaftar, terlepas dari peran, populasi, spesialisasi, dan pengaturan, yang diharapkan untuk melakukan

secara kompeten (Aung et al., 2016; Nursing, 2003). Proses keperawatan adalah proses yang berkelanjutan, beradaptasi dengan status kesehatan pasien saat ini.

1.6 Penilaian

Standar Praktik "Penilaian" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengumpulkan data dan informasi terkait relatif terhadap kesehatan konsumen perawatan kesehatan atau situasinya (Ahtisham & Jacoline, 2015). Seorang perawat terdaftar menggunakan metode sistematis untuk mengumpulkan dan menganalisis data pasien. Penilaian meliputi data fisiologis, serta data psikologis, sosial budaya, spiritual, ekonomi, dan gaya hidup. Misalnya, penilaian perawat terhadap pasien yang dirawat di rumah sakit yang kesakitan mencakup respons pasien terhadap rasa sakit, seperti ketidakmampuan untuk bangun dari tempat tidur, penolakan untuk makan, penarikan diri dari anggota keluarga, atau kemarahan yang ditujukan pada staf rumah sakit (Nursing, 2003).

Saat melakukan penilaian survei umum, perawat menggunakan semua indera mereka untuk mengamati pasien dengan cermat. Mereka melihat seorang pasien dan bertanya pada diri sendiri, apa yang mereka lihat? Mereka mendengarkan seorang pasien dan bertanya pada diri sendiri, apa yang mereka dengar, baik secara verbal maupun nonverbal? Mereka mencium bau pasien dan bertanya pada diri sendiri, apakah ada sesuatu yang tidak biasa yang perlu kita nilai lebih lanjut? Mereka mengamati perilaku pasien dan membuat catatan tentang fungsi dan kemampuan mereka untuk menyelesaikan kegiatan sehari-hari sesuai dengan tingkat perkembangan mereka.

Sebelum melakukan penilaian survei umum, penting untuk terlebih dahulu memastikan pasien stabil secara medis dengan menyelesaikan survei primer singkat. Setelah memastikan pasien stabil secara medis, penilaian survei umum adalah pengamatan keseluruhan terhadap penampilan umum, perilaku, mobilitas, komunikasi, nutrisi, dan status cairan pasien secara umum.

Penilaian survei umum juga mencakup analisis tinggi, berat badan, dan tanda-tanda vital untuk nilai-nilai yang berada di luar jangkauan dan memerlukan tindak lanjut tambahan.

1. Survei Primer
2. Mental Status
3. Jalan Napas dan Pernapasan
4. Sirkulasi
5. Penampilan Umum meliputi:
 - a. Tanda-tanda rasa sakit atau kesusahan: pasien mungkin menunjukkan tanda-tanda rasa sakit atau kesusahan yang harus dilaporkan kepada penyedia seperti: meringis, mengerang, atau meningkatkan kecemasan. Tetapkan prioritas untuk penilaian terfokus Anda berdasarkan tanda-tanda kesusahan yang ditunjukkan oleh pasien
 - b. Usia: amati apakah pasien muncul usia yang dinyatakan. Penyakit kronis dapat menyebabkan pasien tampak lebih tua dari usia mereka. Faktor-faktor dapat terjadi pada orang dewasa yang lebih tua yang dapat memengaruhiseberapa baik pasien dapat berpartisipasi dilaam penilaian.
 - c. Tipe tubuh dapat mencerminkan status gizi dan pilihan gaya hidup.
 - d. Kebersihan, perawatan, dan pakaian: Amati kebersihan rambut, wajah, dan kuku pasien secara keseluruhan dan perhatikan bau apa pun. Bau dapat mengindikasikan kebersihan yang buruk atau berbagai keadaan penyakit. Validasi bau dengan melakukan penilaian terfokus tambahan sesuai kebutuhan. Perhatikan penampilan pakaian pasien; apakah bersih dan sesuai untuk musim ini? Jika tidak, temuan dapat merefleksikan kemampuan kognitif pasien, keadaan emosional, dan kemampuan untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari.
6. Perilaku
7. Mobilitas
8. Komunikasi

9. Status Gizi
10. Status Cairan
11. Tinggi, Berat Badan dan BMI.

1.7 Diagnosis

Standar Praktik "Diagnosis" didefinisikan sebagai perawat terdaftar menganalisis data penilaian untuk menentukan diagnosis, masalah, dan masalah aktual atau potensial (Kaveevivitchai et al., 2009; Taylor et al., 2020). Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis perawat tentang respons terhadap kondisi atau kebutuhan kesehatan aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan adalah dasar untuk rencana perawatan perawat dan berbeda dari diagnosis medis (Bradford et al., 2021).

1.8 Identifikasi Hasil

Standar Praktik "Identifikasi Hasil" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk rencana yang individualisasi dengan konsumen perawatan kesehatan atau situasinya (Setyaningsih et al., 2020; Wahidah, 2018). Perawat menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang terukur dan dapat dicapai serta hasil spesifik bekerja sama dengan pasien berdasarkan data penilaian dan diagnosis keperawatan mereka.

1.9 Perencanaan

Standar Praktik "Perencanaan" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengembangkan rencana kolaboratif yang mencakup strategi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Data penilaian, diagnosis, dan tujuan digunakan untuk memilih intervensi keperawatan berbasis bukti yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kekhawatiran setiap pasien. Tujuan, hasil yang diharapkan, dan intervensi keperawatan didokumentasikan dalam rencana asuhan keperawatan pasien sehingga perawat, serta profesional kesehatan lainnya, memiliki akses

ke sana untuk kelangsungan perawatan (Aung et al., 2016; Department of Health, 2014).

1.10 Rencana Asuhan Keperawatan

Membuat rencana asuhan keperawatan adalah bagian dari langkah "Perencanaan" dari proses keperawatan, adalah jenis dokumentasi yang menunjukkan perencanaan individual dan pemberian asuhan keperawatan untuk setiap pasien tertentu menggunakan proses keperawatan. Perawat membuat rencana asuhan keperawatan sehingga perawatan yang diberikan kepada pasien di seluruh shift konsisten di antara petugas perawatan kesehatan. Rencana asuhan keperawatan dikembangkan oleh perawat dan dalam pelaksanaannya dapat didelegasikan dengan tepat.

1.11 Pelaksanaan

Standar Praktik "Implementasi" didefinisikan sebagai, "Perawat mengimplementasikan rencana yang diidentifikasi (Ackley et al., 2017). Intervensi keperawatan dilaksanakan atau didelegasikan dengan pengawasan sesuai dengan rencana perawatan untuk memastikan kelangsungan perawatan di beberapa perawat dan profesional kesehatan yang merawat pasien. Intervensi juga didokumentasikan dalam rekam medis elektronik pasien saat mereka selesai. Standar Praktik Profesional "Implementasi" juga mencakup subkategori "Koordinasi Perawatan" dan "Pengajaran Kesehatan dan Promosi Kesehatan" untuk mempromosikan kesehatan dan lingkungan yang aman.

1.12 Evaluasi

Standar Praktik "Evaluasi" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengevaluasi kemajuan menuju pencapaian tujuan dan hasil (Mobley et al., 1978). Selama evaluasi, perawat menilai pasien dan membandingkan temuan dengan penilaian awal untuk menentukan efektivitas intervensi dan rencana asuhan keperawatan secara keseluruhan. Baik status pasien maupun efektivitas

asuhan keperawatan harus terus dievaluasi dan dimodifikasi sesuai kebutuhan (Kurniasari & Astuti, 2015; Nurcahyati et al., 2021).

1.13 Manfaat Menggunakan Proses Keperawatan

Menggunakan proses keperawatan memiliki banyak manfaat bagi perawat, pasien, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Manfaat menggunakan proses keperawatan meliputi:

1. Mempromosikan perawatan pasien yang berkualitas
2. Mengurangi kelalaian dan duplikasi
3. Memberikan panduan bagi semua staf yang terlibat untuk memberikan perawatan yang konsisten dan responsif
4. Mendorong manajemen kolaboratif masalah perawatan kesehatan pasien
5. Meningkatkan keselamatan pasien
6. Meningkatkan kepuasan pasien
7. Mengidentifikasi tujuan dan strategi pasien untuk mencapainya
8. Meningkatkan kemungkinan mencapai hasil pasien yang positif
9. Menghemat waktu, energi, dan frustrasi dengan membuat rencana perawatan atau jalan untuk diikuti

Dengan menggunakan komponen-komponen proses keperawatan ini sebagai model berpikir kritis, perawat merencanakan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, merencanakan hasil dan intervensi, dan menentukan apakah tindakan tersebut efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien. Komponen apa saja dari proses keperawatan ini yang menerapkan praktik berbasis bukti disebut sebagai "ilmu keperawatan".

Bab 2

Peran, Fungsi dan Kompetensi Perawat

2.1 Pendahuluan

Saat ini dunia keperawatan semakin berkembang. Perawat dianggap sebagai salah satu profesi kesehatan yang harus dilibatkan dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan baik di dunia maupun di Indonesia. Seiring dengan berjalannya waktu dan bertambahnya kebutuhan pelayanan kesehatan menuntut perawat saat ini memiliki pengetahuan dan keterampilan di berbagai bidang. Saat ini perawat memiliki peran yang lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, juga memandang klien secara komprehensif. Perawat menjalankan fungsi dalam kaitannya dengan berbagai peran pemberi perawatan, pembuat keputusan klinik dan etika, pelindung dan advokat bagi klien, manajer kasus, rehabilitator, komunikator dan pendidik.

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara *holistic*, meliputi upaya untuk mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Pemberi asuhan memberikan bantuan kepada klien dan keluarga klien dengan menggunakan

energi dan waktu yang minimal. Selain itu, dalam perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat memberikan perawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat dan sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatannya dilakukan dari yang sederhana sampai yang kompleks.

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 004 tahun 2014 menyatakan bahwa dalam strategi pendidikan kesehatan harus diperkuat dengan metode dan media yang tepat (Kemenkes RI, 2014). Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan merupakan peran yang paling utama bagi seorang perawat. Perawat profesional yang dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik dan terampil akan membangun citra keperawatan menjadi lebih baik di mata masyarakat. Saat ini, perawat vokasional memang masih mendominasi praktik keperawatan di rumah sakit maupun di tempat pelayanan kesehatan lainnya. Tidak dapat dipungkiri bahwa perawat vokasional memiliki kemampuan aplikasi yang baik dalam melakukan praktik keperawatan. Namun, perawat vokasional memiliki pengetahuan teoritis yang lebih terbatas jika dibandingkan dengan perawat profesional. Dengan semakin banyaknya jumlah perawat profesional saat ini, diharapkan dapat melengkapi kompetensi yang dimiliki oleh perawat vokasional (Sunaryo, 2016). Seorang perawat profesional harus memahami landasan teoritis dalam melakukan praktik keperawatan. Landasan teoritis tersebut akan sangat berguna bagi perawat profesional saat menjelaskan maksud dan tujuan dari asuhan keperawatan yang diberikan secara rasional kepada klien.

2.2 Peran Perawat

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Seseorang dikatakan perawat profesional jika memiliki ilmu pengetahuan, ketrampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai kode etik profesi.

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran

dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Kusnanto, 2014). Jadi peran perawat adalah suatu cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, yang telah menyelesaikan pendidikan formalnya, diakui dan diberikan kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesinya. Peran yang dimiliki oleh seorang perawat antara lain peran sebagai pelaksana, peran sebagai pendidik, peran sebagai pengelola, dan peran sebagai peneliti (Asmadi, 2017). Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat di antaranya pemberi perawatan, sebagai advokat keluarga, pencegahan penyakit, pendidikan, konseling, kolaborasi, pengambil keputusan etik dan peneliti (Hidayat, 2012)

2.2.1 Macam-macam Peran Perawat

Dalam melaksanakan keperawatan, menurut Hidayat (2012), perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat sebagai berikut:

1. Pemberian perawatan (Care Giver)

Peran utama perawat adalah memberikan pelayanan keperawatan, sebagai perawat, pemberian pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan memenuhi kebutuhan asah, asih dan asuh. Contoh pemberian asuhan keperawatan meliputi tindakan yang membantu klien secara fisik maupun psikologis sambil tetap memelihara martabat klien. Tindakan keperawatan yang dibutuhkan dapat berupa asuhan total, asuhan parsial bagi pasien dengan tingkat ketergantungan sebagian dan perawatan suportif-edukatif untuk membantu klien mencapai kemungkinan tingkat kesehatan dan kesejahteraan tertinggi (Berman, 2010). Perencanaan keperawatan yang efektif pada pasien yang dirawat haruslah berdasarkan pada identifikasi kebutuhan pasien dan keluarga.

2. Sebagai advokat keluarga

Selain melakukan tugas utama dalam merawat, perawat juga mampu sebagai advokat keluarga sebagai pembela keluarga dalam beberapa hal seperti dalam menentukan haknya sebagai klien. Dalam peran ini, perawat dapat mewakili kebutuhan dan harapan klien kepada

profesional kesehatan lain, seperti menyampaikan keinginan klien mengenai informasi tentang penyakitnya yang diketahui oleh dokter. Perawat juga membantu klien mendapatkan hak-haknya dan membantu pasien menyampaikan keinginan (Berman, 2010).

3. Pencegahan penyakit

Upaya pencegahan merupakan bagian dari bentuk pelayanan keperawatan sehingga setiap dalam melakukan asuhan keperawatan harus selalu mengutamakan tindakan pencegahan terhadap timbulnya masalah baru sebagai dampak dari penyakit atau masalah yang diderita. Salah satu contoh yang paling signifikan yaitu keamanan, karena setiap kelompok usia berisiko mengalami tipe cedera tertentu, penyuluhan preventif dapat membantu pencegahan banyak cedera, sehingga secara bermakna menurunkan tingkat kecacatan permanen dan mortalitas akibat cedera pada pasien (Wong, 2009).

4. Pendidik

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik, sebab beberapa pesan dan cara mengubah perilaku pada pasien atau keluarga harus selalu dilakukan dengan pendidikan kesehatan khususnya dalam keperawatan. Melalui pendidikan ini diupayakan pasien tidak lagi mengalami gangguan yang sama dan dapat mengubah perilaku yang tidak sehat. Contoh dari peran perawat sebagai pendidik yaitu keseluruhan tujuan penyuluhan pasien dan keluarga adalah untuk meminimalkan stres pasien dan keluarga, mengajarkan mereka tentang terapi dan asuhan keperawatan di rumah sakit, dan memastikan keluarga dapat memberikan asuhan yang sesuai di rumah saat pulang (Kyle & Carman, 2015).

5. Konseling

Konseling merupakan upaya perawat dalam melaksanakan peranya dengan memberikan waktu untuk berkonsultasi terhadap masalah yang dialami oleh pasien maupun keluarga, berbagai masalah tersebut diharapkan mampu diatasi dengan cepat dan diharapkan pula tidak terjadi kesenjangan antara perawat, keluarga maupun pasien itu

sendiri. Konseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual dan psikologis. Dalam hal ini perawat memberikan konsultasi terutama kepada individu sehat dengan kesulitan penyesuaian diri yang normal dan fokus dalam membuat individu tersebut untuk mengembangkan sikap, perasaan dan perilaku baru dengan cara mendorong klien untuk mencari perilaku alternatif, mengenai pilihan-pilihan yang tersedia dan mengembangkan rasa pengendalian diri (Berman, 2010).

6. Kolaborasi

Kolaborasi merupakan tindakan kerja sama dalam menentukan tindakan yang akan dilaksanakan oleh perawat dengan tim kesehatan lain. Pelayanan keperawatan pasien tidak dilaksanakan secara mandiri oleh tim perawat tetapi harus melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, psikolog dan lain-lain, mengingat pasien merupakan individu yang kompleks atau yang membutuhkan perhatian dalam perkembangan (Hidayat, 2012).

7. Pengambilan keputusan etik

Dalam mengambil keputusan, perawat mempunyai peran yang sangat penting sebab perawat selalu berhubungan dengan pasien kurang lebih 24 jam selalu disamping pasien, maka peran perawat sebagai pengambil keputusan etik dapat dilakukan oleh perawat, seperti akan melakukan tindakan pelayanan keperawatan (Wong, 2009).

8. Peneliti

Peran perawat ini sangat penting yang harus dimiliki oleh semua perawat pasien. Sebagai peneliti perawat harus melakukan kajian-kajian keperawatan pasien, yang dapat dikembangkan untuk perkembangan teknologi keperawatan. Peran perawat sebagai peneliti dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pasien (Hidayat, 2012).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sebagai upaya memberikan kenyamanan dan kepuasan pada pasien, meliputi:

1. *Caring*, merupakan suatu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan-sukaan seseorang dan bagaimana seseorang berpikir dan bertindak.
2. *Sharing* artinya perawat senantiasa berbagi pengalaman dan ilmu atau berdiskusi dengan pasiennya.
3. *Laughing*, artinya senyum menjadi modal utama bagi seorang perawat untuk meningkatkan rasa nyaman pasien.
4. *Crying* artinya perawat dapat menerima respon emosional baik dari pasien maupun perawat lain sebagai suatu hal yang biasa disaat senang ataupun duka.
5. *Touching* artinya sentuhan yang bersifat fisik maupun psikologis merupakan komunikasi simpatis yang memiliki makna.
6. *Helping* artinya perawat siap membantu dengan asuhan keperawatannya.
7. *Believing in others* artinya perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat dan kemampuan untuk selalu meningkatkan derajat kesehatannya.
8. *Learning* artinya perawat selalu belajar dan mengembangkan diri dan keterampilannya.
9. *Respecting* artinya memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan terhadap orang lain dengan menjaga kerahasiaan pasien kepada yang tidak berhak mengetahuinya.
10. *Listening* artinya mau mendengar keluhan pasiennya.
11. *Feeling* artinya perawat dapat menerima, merasakan, dan memahami perasaan duka, senang, frustrasi dan rasa puas pasien.

2.3 Fungsi Perawat

Fungsi perawat dalam melakukan pengkajian pada individu sehat maupun sakit di mana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk pemulihan kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki, aktivitas ini dilakukan dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin dalam bentuk proses keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian, identifikasi masalah (diagnosa keperawatan), perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Gartinah, dkk mengemukakan bahwa dalam praktik keperawatan, perawat melakukan fungsi sebagai berikut:

1. Sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan langsung kepada pasien dengan menggunakan proses keperawatan.
2. Sebagai advokat pasien, perawat berfungsi sebagai penghubung pasien dengan tim kesehatan yang lain, membela kepentingan pasien dan membantu klien dalam memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan. Peran advokasi sekaligus mengharuskan perawat bertindak sebagai nara sumber dan fasilitator dalam pengambilan keputusan terhadap upaya kesehatan yang harus dijalani oleh pasien atau keluarganya.
3. Sebagai pendidik pasien, perawat membantu pasien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik sehingga pasien dan keluarganya dapat menerimanya.
4. Sebagai koordinator, perawat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada secara terkoordinasi.
5. Sebagai kolaborator, perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kesehatan pasien.
6. Sebagai pembaharu, perawat mengadakan inovasi dalam cara berpikir, bersikap, bertingkah laku dan meningkatkan keterampilan pasien atau keluarga agar menjadi sehat.

7. Sebagai pengelola, perawat menata kegiatan dalam upaya mencapai tujuan yang diharapkan yaitu terpenuhinya kepuasan dasar dan kepuasan perawat melakukan tugasnya.

Dalam praktik keperawatan, fungsi perawat terdiri dari tiga yaitu sebagai berikut:

1. Fungsi Independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, yaitu perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan dan kenyamanan, pemenuhan kebutuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

2. Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun lainnya, seperti dokter dalam memberikan tindakan pengobatan bekerjasama dengan perawat dalam pemantauan reaksi obat yang telah diberikan.

2.4 Kompetensi Perawat

2.4.1 Standar Kompetensi Perawat

Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati, sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup atas pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja (performance) yang ditetapkan.

Standar kompetensi perawat merefleksikan atas kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja di bidang pelayanan keperawatan. Menghadapi era globalisasi, standar tersebut harus ekuivalen dengan standarstandar yang berlaku pada sektor industri kesehatan di negara lain serta dapat berlaku secara internasional.

Standar kompetensi disusun dengan tujuan:

1. Bagi lembaga pendidikan dan pelatihan keperawatan;
 - a. Memberikan informasi dan acuan pengembangan program dan kurikulum pendidikan keperawatan
 - b. Memberikan informasi dan acuan pengembangan program dan kurikulum pelatihan keperawatan
2. Bagi dunia usaha/industri kesehatan dan pengguna, sebagai acuan dalam:
 - a. Penetapan uraian tugas bagi tenaga keperawatan.
 - b. Rekrutmen tenaga perawat.
 - c. Penilaian unjuk kerja
 - d. Pengembangan program pelatihan yang spesifik
3. Bagi institusi penyelenggara pengujian dan sertifikasi perawat, sebagai acuan dalam merumuskan paket-paket program sertifikasi sesuai dengan kualifikasi dan jenis.

2.4.2 Sistematika Standar Kompetensi Perawat

Standar Kompetensi Perawat terdiri atas 5 (lima) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi Perawat. Area kompetensi juga merupakan adaptasi dari 5 (lima) *domains of the ASEAN Nursing*

Common Core Competencies yang merupakan kesepakatan seluruh negara-negara anggota ASEAN. Setiap area kompetensi ditetapkan definisinya, yang kemudian dijabarkan menjadi beberapa komponen kompetensi.

Secara skematis sistematika Standar Kompetensi Perawat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1: Sistematika Standar Kompetensi Perawat

Standar Kompetensi Perawat dilengkapi dengan pokok bahasan, daftar masalah, daftar diagnosis, dan daftar keterampilan Keperawatan, dengan uraian sebagai berikut:

Daftar Pokok Bahasan berisikan jenis-jenis pengetahuan sesuai cabang ilmu yang diperlukan untuk memenuhi kompetensi Perawat vokasi dan profesi ners.

Daftar Masalah berisikan masalah yang sering ditemukan pada Praktik Keperawatan yang mendasari dibutuhkannya Pelayanan Keperawatan. Daftar ini diperlukan untuk melatih dan membiasakan mahasiswa.

Keperawatan mengenali masalah-masalah yang akan dihadapi di dalam Praktik Keperawatan dengan menjadikan daftar tersebut sebagai pemicu diskusi dalam proses pendidikan Keperawatan.

Daftar Diagnosis berisikan Diagnosis Keperawatan yang mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Daftar ini diperlukan untuk membantu institusi pendidikan Keperawatan dalam penyusunan bahan ajar dan pelatihan keterampilan untuk mencapai standar kompetensi Perawat.

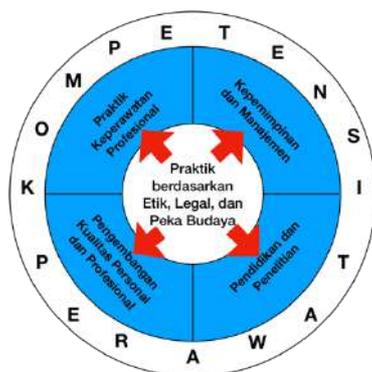
Daftar Keterampilan berisikan intervensi Keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Daftar ini diperlukan untuk perumusan bentuk, mekanisme, fasilitas kesehatan, dan sarana pendukung keterampilan yang diperlukan untuk memenuhi standar kompetensi Perawat.

2.4.3 Standar Kompetensi Perawat

1. Area Kompetensi

Ilmu Keperawatan merupakan sintesis dari ilmu biomedik, psikologi, sosial, perilaku, antropologi, dan budaya. Pelayanan/Asuhan Keperawatan yang berkualitas bagi masyarakat perlu mendapatkan jaminan standar kompetensi. Kompetensi Perawat mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan (soft dan hard skill). Kerangka kompetensi Perawat dikelompokkan dalam 5 (lima) area kompetensi. Area ini sesuai dengan 5 (lima) *domains of the ASEAN Nursing Common Core Competencies* sebagai berikut:

- a. Praktik berdasarkan Etik, Legal, dan Peka Budaya
- b. Praktik Keperawatan Profesional
- c. Kepemimpinan dan Manajemen
- d. Pendidikan dan Penelitian
- e. Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional



Gambar 2.2: Area Kompetensi Perawat

2. Komponen Kompetensi

- a. Area Praktik Keperawatan berdasarkan Etik, Legal, dan Peka Budaya
 - 1) Etik
 - 2) Legal
 - 3) Peka Budaya

- b. Area Praktik Keperawatan Profesional
 - 1) Manajemen Asuhan Keperawatan
 - 2) Kualitas Praktik Keperawatan
 - c. Area Kepemimpinan dan Manajemen
 - 1) Kepemimpinan
 - 2) Manajemen Pelayanan Keperawatan
 - d. Area Pendidikan dan Penelitian
 - 1) Pendidikan
 - 2) Penelitian
 - e. Area Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional
 - 1) Pengembangan profesional dan pendidikan berkelanjutan
 - 2) Pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
3. Penjabaran Kompetensi
- a. Area Praktik Keperawatan berdasarkan Etik, Legal dan Peka Budaya
 - 1) Kompetensi inti:
Mampu melakukan Praktik Keperawatan berdasarkan praktik etik, legal, dan peka budaya.
 - 2) Lulusan Perawat mampu:
 - a) Praktik Keperawatan Berdasarkan Etik
 - [1]. Memahami konsep etik, norma, agama, budaya, hak asasi manusia dalam Pelayanan Keperawatan.
 - [2]. Menghargai perbedaan latar belakang agama, budaya, dan sosial antara Klien dengan Perawat.
 - [3]. Memprioritaskan kepentingan Klien dalam pemberian Pelayanan Keperawatan.
 - [4]. Menjaga hak privasi Klien.
 - [5]. Menjaga rahasia Klien yang diperoleh karena hubungan terapeutik.
 - [6]. Menjaga kesehatan diri Perawat sehingga tidak berdampak kepada Klien.
 - [7]. Menghindari konflik kepentingan dengan Klien dalam memberikan pelayanan kesehatan.

- [8]. Menunjukkan sikap empati dan kepedulian (caring) dalam pemberian Pelayanan Keperawatan.
 - [9]. Menjaga dan membangun hubungan profesional sesama Perawat dan dengan profesi lain untuk Pelayanan Keperawatan bermutu.
 - [10]. Melindungi Klien dari pelayanan kesehatan yang tidak bermutu.
 - [11]. Berpartisipasi aktif dalam pengembangan keprofesian untuk menjaga kualitas Pelayanan Keperawatan.
- b) Praktik Keperawatan Berdasarkan Legal
- [1]. Memahami ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
 - [2]. Melakukan Praktik Keperawatan profesional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
 - [3]. Menunjukkan sikap sadar hukum dalam pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
- c) Praktik Keperawatan Berdasarkan Peka Budaya
- [1]. Menggunakan pendekatan budaya untuk meningkatkan mutu pemberian Pelayanan Keperawatan.
 - [2]. Mendorong kemandirian masyarakat dengan basis budaya setempat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
- b. Area Praktik Keperawatan Profesional
- 1) Kompetensi inti:
Mampu melakukan Praktik Keperawatan secara profesional berdasarkan keilmuan Keperawatan.
 - 2) Lulusan Perawat mampu:

- a) Menerapkan ilmu biomedik, ilmu humaniora, ilmu Keperawatan, dan ilmu kesehatan masyarakat yang terkini untuk mengelola masalah Keperawatan secara holistik, terpadu, dan kontinum meliputi:
- [1]. Pelayanan promosi kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - [2]. Pencegahan masalah kesehatan umum dan khusus untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - [3]. Perumusan Diagnosis Keperawatan dan analisis masalah Keperawatan sesuai dengan standar Praktik Keperawatan
 - [4]. Sebagai landasan untuk penyusunan rencana intervensi dan evaluasi hasil Asuhan Keperawatan.
 - [5]. Intervensi Keperawatan sesuai masalah dan Diagnosis Keperawatan pada seluruh tatanan pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan primer, sekunder, tersier, dan khusus.
 - [6]. Pelayanan pemulihan kesehatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat untuk tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik.
- b) Memahami standar mutu yang digunakan dalam Pelayanan Keperawatan untuk melindungi Klien dalam pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, meliputi:
- [1]. Rumusan masukan, proses, dan luaran dalam pemberian Pelayanan Keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - [2]. Mampu beradaptasi dengan ketersediaan sumber daya tanpa mengorbankan mutu Pelayanan Keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

- c. Area Kepemimpinan dan Manajemen
- 1) Kompetensi inti:
Mampu melakukan praktik kepemimpinan, manajemen Asuhan Keperawatan dan manajemen Pelayanan Keperawatan.
 - 2) Lulusan Perawat mampu:
Menerapkan konsep kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan:
 - a) Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - b) Program kesehatan komunitas untuk tujuan promosi dan pencegahan masalah kesehatan.
 - c) Fasilitas kesehatan untuk menunjang Pelayanan Keperawatan.
 - d) Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan finansial untuk Pelayanan Keperawatan bermutu.
 - e) Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan personal, kolaborasi, institusional yang efektif, efisien, akuntabel dan terjangkau.
 - f) Masalah-masalah kesehatan dan kebijakan Pemerintah dalam bidang kesehatan dan Keperawatan dengan perumusan masalah dan pemilihan prioritas intervensi yang efektif dan efisien.
- d. Area Pendidikan dan Penelitian
- 1) Kompetensi inti:
Mampu melakukan praktik pendidikan dalam Keperawatan dan penelitian dalam bidang Keperawatan.
 - 2) Lulusan Perawat mampu:
 - a) Memahami peran dan fungsi pendidik klinik (Preceptor) dalam pendidikan Keperawatan.
 - b) Memahami kebutuhan Pendidikan dan keterampilan klinik dalam pendidikan Keperawatan.

- c) Merancang dan melaksanakan penelitian sederhana dalam bidang Keperawatan.
- d) Menerapkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan.
- e. Area Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional
 - 1) Kompetensi inti:
Mampu melakukan pengembangan kualitas praktik personal dan profesional dalam bidang Keperawatan.
 - 2) Lulusan Perawat mampu:
 - a) Menyadari kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi Keperawatan melalui program pengembangan keprofesian berkelanjutan.
 - b) Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang Keperawatan untuk menunjang mutu Pelayanan Keperawatan.

Bab 3

Konsep Sehat Sakit

3.1 Pendahuluan

Individu memiliki reaksi berbeda beda terhadap tanda gejala penyakit/masalah kesehatan yang dialami. Reaksi tersebut sangat dipengaruhi oleh pemahaman dan keyakinan terhadap masalah kesehatannya. Reaksi perilaku ini merupakan manifestasi dari konsep yang berbeda beda mengenai sehat dan sakit. Karena setiap individu pasti memiliki konsep yang berbeda. Hal ini akan terbukti dengan bagaimana perilaku individu tersebut mengambil tindakan dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang dialaminya.

3.2 Konsep Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat merupakan serangkaian upaya yang bertujuan untuk menyetatkan sekelompok/keseluruhan penduduk dengan orientasi pencegahan dan atau peningkatan, dilaksanakan secara lintas sektoral atau lintas program juga melibatkan masyarakat dan terorganisir dengan baik (Achmadi, 2014).

Sekelompok individu dalam masyarakat atau masyarakat sendiri sangat perlu dibekali pemahaman mengenai konsep sehat sakit dikarenakan pemahaman mengenai hal tersebut merupakan dasar dalam pembentukan perilaku

masyarakat melakukan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular ataupun tidak menular.

3.3 Konsep Perilaku

Perilaku kesehatan yaitu aksi yang dilakukan oleh seseorang untuk memelihara atau mencapai kesehatan atau mencegah penyakit.

Menurut Notoatmodjo (2012), perilaku kesehatan merupakan usaha seseorang untuk memelihara kesehatan agar tidak terjadi sakit dan usaha untuk menyembuhkan.

3.3.1 Domain Perilaku

Perilaku dibagi atas tiga domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif diukur dari pengetahuan seseorang terhadap sesuatu hal yang sedang dipelajari atau yang akan dipelajari.

Pengetahuan atau sering dikatakan kognitif merupakan hal terpenting terbentuknya perilaku seseorang. Hal tersebut sebagai dorongan psikis dalam menumbuhkan sikap dan perilaku setiap hari, dan dapat dikatakan sebagai stimulasi terhadap tindakan/perilaku seseorang.

Sikap berbeda dengan perilaku, dan perilaku tidak selalu mencerminkan sikap seseorang. Sikap dapat berubah seiring dengan bertambahnya informasi mengenai hal yang dipelajari, melalui persuasif serta dorongan dari kelompok sosialnya.

Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Perilaku gizi merupakan salah satu dari bentuk nyata dari pemeliharaan kesehatan. Dikarenakan makanan dan minuman merupakan hal yang dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang namun bisa menjadi sebaliknya yaitu menurunnya kesehatan seseorang. Dan sangat erat kaitannya dengan perilaku.

Jadi perubahan perilaku dikatakan berhasil jika seseorang yang menjalankan proses perubahan secara kognitif, akan terjadi juga perubahan sikap dan perilaku. Hal ini sesuai dengan penelitian Tria, Fauza, Inne dan Zahrofa

(2021), terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik mengenai nutrisi ibu hamil setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

3.3.2 Faktor faktor Pembentukan Perilaku

1. Faktor-faktor predisposisi (predisposing factors), terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Yang berkaitan dengan kesehatan, system nilai yang dianut, tingkat pendidikan, sosial ekonomi dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pemungkin (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan: Puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban; sumber daya manusia.
3. Faktor-faktor penguat (reinforcing factors), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok pendukung dari perilaku masyarakat. Seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, peraturan dan undang undang.

3.4 Konsep sehat sakit

3.4.1 Definisi Sehat dan Sakit

WHO memberikan batasan sehat yaitu suatu keadaan yang sejahtera baik fisik, mental maupun sosial secara menyeluruh dan yang tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat saja. Sehat yang dimaksud disini adalah sehat fisik, emosional dan sosial.

3.4.2 Faktor Derajat Kesehatan Masyarakat

Empat faktor yang memengaruhi status kesehatan masyarakat:

1. Lingkungan
 - a. Lingkungan fisik: sampah, air, perumahan dan lain lain
 - b. Lingkungan social: pendidikan, ekonomi, kebudayaan
 - c. Lingkungan biologis: hewan, tumbuhan, jasad remik

2. Perilaku

Suatu kebiasaan dari masyarakat. Sehat tidaknya lingkungan dan keluarga tergantung perilaku.

3. Pelayanan kesehatan

Hal ini dapat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan kesehatan. Dan juga dipengaruhi oleh faktor lokasi atau jarak ke tempat pelayanan kesehatan, sumber daya manusia, informasi kesesuaian antara program pelayanan kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.

4. Keturunan.

Faktor yang telah ada dan dibawa sejak lahir. Jika ada keluarga yang memiliki penyakit, kemungkinan akan diturunkan secara genetik ke keluarganya.



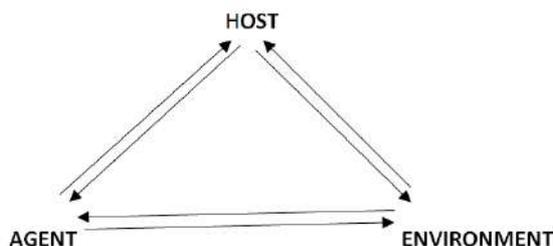
Gambar 3.1: Faktor yang memengaruhi status kesehatan masyarakat (Achmadi, 2017)

3.4.3 Konsep sakit berdasarkan Trias Epidemiologi

Gambar diatas menjelaskan bagaimana hubungan tiga elemen yang saling berhubungan. Yang dimaksud dengan Host adalah manusia/individu dalam keluarga, masyarakat. Agen yaitu bibit terjadinya penyakit, sedang kan environment adalah lingkungan. Ketiga elemen tersebut harus dalam keseimbangan. Jika terjadi ketidakseimbangan akan timbul masalah kesehatan.

Elemen pertama disini adalah Host. Spesifik dari host disini adalah pemahaman keluarga mengenai pentingnya pencegahan yang harus dilakukan

secara rutin, kemampuan keluarga melakukan deteksi dini terhadap masalah yang dialami, serta kesiapsiagaan masyarakat dalam mengenali tingkat risiko masalah kesehatan dan upaya yang dilakukan. Host disini sebagai elemen pertama yang mudah terpengaruh oleh agen melalui lingkungan yang tidak sehat.



Gambar 3.2: Model Trias Epidemiologi (Ewen, 2015)

Elemen kedua adalah agen. Yang dimaksud meliputi kuman, virus, atau bahan kimia lainnya melalui vector atau perantara yang tergantung dari karakteristik agen, sifat dan siklus agen tersebut. Ketidakberadaan agen atau minimalnya agen akan menentukan status kesehatan masyarakat.

Elemen ketiga merupakan lingkungan di dalam rumah ataupun luar rumah, termasuk bangunan atau tempat umum. Lingkungan yang buruk atau kurang baik akan menjadi tempat berkembangbiakan agen dalam menimbulkan penyakit. Seperti genangan air di dalam rumah ataupun luar rumah yang berisiko perkembangan nyamuk.

Interaksi dalam kondisi ketidakseimbangan seperti; peningkatan kemampuan agen akibat dari kondisi lingkungan yang tidak bersih dan sehat berakibat pada turunya daya tahan Host sehingga muncul masalah kesehatan. Host sebagai manusia memiliki peranan penting dalam memodifikasi agen penyebab dan lingkungan melalui berbagai pencegahan spesifik.

3.4.4 Interaksi Rentang Sehat Sakit

1. Upaya-upaya keluarga dalam promosi kesehatan

Menurut Campbell, (2000); Doherty, (1992) di dalam Friedman (2010), dikatakan bahwa keluarga berperan penting dalam semua bentuk promosi kesehatan dan penurunan risiko terhadap penyebab masalah di dalam keluarga. Pernyataan ini didukung dalam Kaakinen

(2010), penyebab obesitas dan *overweight* salah satunya yaitu perilaku pemenuhan nutrisi dan aktivitas keluarga.

Kegiatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dimulai dari pemilihan gaya hidup keluarga. Misalnya: kebiasaan makan ayah sembarangan tanpa memperhatikan berat badan yang berlebih dan memiliki faktor keturunan penyakit DM.

Keluarga menjadi sumber masalah kesehatan bagi anggota keluarganya. Oleh sebab itulah, promosi kesehatan dimulai dari keluarga. Tujuan dari promosi kesehatan tersebut agar ada perbaikan gaya hidup seluruh anggota keluarga.

Promosi kesehatan meliputi mengkonsumsi makanan yang seimbang, imunisasi, aktivitas dan latihan (olahraga), pemeriksaan kehamilan, dll.

2. Penilaian keluarga terhadap gejala gejala sakit.

Tahap kedua ini, dimulai dari gejala penyakit pada anggota keluarga dikenal, lalu diperkirakan tingkat keparahan, kemudian mencari penyebab dan bagaimana dampak penyakit tersebut pada diri sendiri dan keluarga.



Gambar 3.3: Tahapan penilaian gejala sakit (Friedman, 2010)

Tahap penilaian ini, dipengaruhi juga oleh faktor sosial ekonomi. Keluarga yang memiliki faktor ekonomi yang kurang, biasanya akan berespon kurang terhadap gejala yang dialami oleh anggota keluarga. Akan berbeda dengan keluarga yang memiliki faktor ekonomi diatas rata-rata, yang seringkali

mereka melakukan pemeriksaan (medical check-up) sebelum terjadinya gejala penyakit.

3. Pencarian perawatan

Tahap ketiga ini dimulai saat keluarga sudah benar benar mengalami sakit dan memerlukan bantuan atau pertolongan.

Keluarga yang sakit memulai mencari informasi, saran dari anggota keluarga lainnya atau teman terkait dengan masalah yang dialami. Hasil dari pencarian informasi, saran tersebut dibicarakan pada seluruh anggota keluarga untuk mencari alternatif tindakan yang akan dilakukan. Apakah perlu dilakukan perawatan di rumah atau butuh dengan pelayanan kesehatan.

Keluarga di Indonesia, seringkali bila mengalami sakit yang biasa biasa saja seperti batuk pilek, demam mereka tidak dibawa ke pelayanan kesehatan. Keluarga biasanya memberikan obat warung atau obat tradisional, namun bila penyakitnya berat atau tidak sembuh dalam waktu 3 hari segera dibawa ke pelayanan kesehatan. Kadang kadang juga, keluarga mencari pelayanan alternatif seperti BEKAM, GURAH.

4. Mendapatkan perawatan dan memperoleh rujukan.

Tahap keempat ini, dimulai bila keluarga sudah berinteraksi dengan pelayanan kesehatan atau praktik pengobatan tradisional.

Biasanya penentuan pilihan terhadap tempat yang menjadi tujuan dilakukan perawatan, ditentukan oleh seorang Ibu. Ibu yang seringkali mendapatkan informasi dari rekan-rekannya atau melalui media massa.

Penentuan perawatan dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu dana, kemudahan akses pelayanan kesehatan, penerimaan dan keadeguan (kualitas) pelayanan.

5. Respon akut keluarga dan klien terhadap penyakit.

Respon akut disini adalah bagaimana keluarga memperlakukan orang yang sakit. Perlakuan kepada orang yang sakit tergantung pada jenis penyakit, tingkat keparahan.

Peran anggota keluarga yang sakit menjadi peran orang sakit (peran si sakit). Saat menjadi orang sakit, memiliki ketergantungan yang penuh terhadap orang yang memberikan pelayanan.

Beberapa keluarga biasanya membebaskan anggota keluarga yang sakit, dan perannya digantikan oleh orang lain.

Misalnya: Seorang Ibu sedang sakit, yang sehari harinya ibu tersebut melakukan pekerjaan rumah tangga. Perannya dapat digantikan sementara oleh ayah atau nenek yang tinggal bersama dengan keluarga.

6. Adaptasi terhadap penyembuhan dan penyakit yang dialami.

Adaptasi yang dimaksud disini adalah saat keluarga mendatangi pelayanan kesehatan atau perawat dalam menghadapi masalah kesehatan.

Masing-masing masalah kesehatan memiliki dampak yang berbeda beda, tergantung dari serius tidaknya penyakit. Biasanya perawat diminta sarannya dalam tahap ini, bila dampak dari masalah yang dialami berat atau masalahnya jadi meluas.

Di dalam tahapan ini, perlu diperhatikan apakah keluarga yang sakit, masih dapat menjalankan aktivitasnya seperti sebelum sakit atau memaksimalkan dari kemampuan yang masih ada. Hal ini juga dipengaruhi oleh siapa dan peran yang ditanggung oleh yang sakit.

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam pemulihan dan rehabilitasi keluarga.

3.5 Pendekatan pencegahan kesehatan

3.5.1 Pencegahan Primer

Merupakan suatu kegiatan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya sakit, dengan cara mengurangi paparan terhadap individu yang rentan. Pencegahan ini memiliki 2 elemen yaitu: promosi kesehatan dan perlindungan spesifik.

Promosi kesehatan yang dimaksud disini adalah upaya meningkatkan factor ketahanan, perlindungan serta memiliki sasaran populasi yang sehat.

Misalnya: promosi gizi yang baik, penyediaan perumahan yang memadai dan olahraga teratur.

Upaya perlindungan khusus dengan cara mengurangi atau menghilangkan factor risiko dari sasaran. Misalnya: imunisasi, pemurnian air.

3.5.2 Pencegahan Sekunder

Berfokus pada deteksi dini dan intervensi segera selama periode pathogenesis penyakit. Dilakukan setelah terjadinya masalah namun tanda gejala belum muncul, dan populasi yang memiliki faktor risiko menjadi sasaran dalam area ini. Misalnya: pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan gula darah, pap smear.

3.5.3 Pencegahan Tersier

Populasi yang sudah mengalami masalah kesehatan., dan focus pada pembatasan kecacatan serta rehabilitasi. Tujuannya adalah mencegah masalah kesehatan menjadi semakin parah, juga mengurangi efek dari penyakit; cedera dan mengembalikan pada fungsi yang optimal.

Contoh: mengajarkan pada individu atau keluarga yang mengalami diabetes untuk melakukan suntikan (insulin), melakukan edukasi untuk manajemen diabetes pada keluarga dan individu yang sakit, rujuk ke fisioterapi/dokter yang mengalami cedera tulang.

Bab 4

Pelayanan Keperawatan

4.1 Pendahuluan

Konsep Pelayanan merupakan produk yang dihasilkan oleh suatu organisasi, baik berupa barang ataupun jasa. Pelayanan dapat ditawarkan serta dapat menghasilkan sesuatu yang tidak berwujud namun dapat dinikmati atau dirasakan (Triwibowo, 2013). Karakteristik pelayanan yaitu sebagai berikut: a. *Intangibility* (Tidak berwujud) Pelayanan mempunyai sifat tidak berwujud, tidak dapat dirasakan, tidak dapat dilihat, didengar, dicium sebelum dibeli oleh konsumennya. b. *Inseparability* (tidak dapat dipisahkan) Pelayanan dapat dihasilkan dan dirasakan dalam waktu yang bersamaan. Pelayanan dapat diproduksi dan dikonsumsi dalam waktu yang sama. c. *Variability* (bervariasi) Pelayanan merupakan *on-standardized* dan selalu mengalami perubahan d. *Perishability* (tidak tahan lama) Pelayanan tidak bertahan lama serta tidak dapat disimpan (Triwibowo 2013).

Menurut Undang-undang Nomor 38 tahun 2014, definisi keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan, bekerja sama dengan dokter, terapis, pasien, keluarga pasien serta tim lainnya untuk fokus pada perawatan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup.

Perawat bekerja dalam sebagian besar spesialisasi di mana mereka bekerja secara independen maupun sebagai bagian dari sebuah tim untuk menilai, merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi perawatan.

Pelayanan keperawatan adalah upaya untuk membantu individu baik yang sakit maupun yang sehat, dari lahir hingga meninggal dalam bentuk pengetahuan, kemauan, dan kemampuan yang dimiliki. Sehingga individu tersebut dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan optimal (Yulihastin, 2009). Sedangkan pelayanan keperawatan professional dilaksanakan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, menjangkau seluruh golongan dan lapisan masyarakat yang memerlukan, baik di tatanan pelayanan kesehatan di masyarakat, maupun di tatanan pelayanan rumah sakit (Kusnanto, 2009).

Pelayanan keperawatan dikembangkan bersifat berjenjang mulai dari keperawatan dasar sampai dengan keperawatan yang bersifat rumit atau spesialisik bahkan subspecialistik, disertai dengan sistem rujukan keperawatan sebagai bagian dari rujukan kesehatan yang efektif dan efisien. Pelayanan/asuhan keperawatan yang bersifat spesialisik, baik keperawatan klinik maupun keperawatan komunitas antara lain adalah keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan medical bedah, keperawatan jiwa, keperawatan gawat darurat, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan keperawatan komunitas. Secara bersamaan dikembangkan kemampuan pengelolaan keperawatan professional (professional nursing management) dengan kepemimpinan professional keperawatan (professional nursing leadership), sehingga memungkinkan keperawatan berkembang sesuai dengan kaidah-kaidah keperawatan sebagai profesi (Kusnanto, 2009).

4.2 Teori Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan Keperawatan adalah suatu pernyataan yang sudah lazim digunakan, baik oleh lingkungan kehidupan akademis ataupun dalam kehidupan sehari-hari. Walau maknanya secara umum dapat dirasakan dan dipahami oleh siapapun, kualitas sebagai suatu konsep atau pengertian, belum banyak dipahami orang dan kenyataannya pengertian kualitas itu sendiri tidak sama bagi orang. Setiap orang atau masyarakat akan mendefinisikan kualitas itu sesuai dengan pendapat dan kebutuhan yang mungkin berbeda dari orang lain (Imbalo, 2007). Gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang atau

jasa, menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan yang ditentukan atau tersirat. Produk atau pelayanan yang dimaksud adalah: nyaman dipergunakan, memuaskan pasien, sesuai harapan pasien, tersedia dan tepat waktu, dan murah.

4.2.1 Sudut Pandang Pelayanan Keperawatan

Sudut Pandang Pelayanan Keperawatan Menurut (Karunia, 2011) berbagai sudut pandang mengenai definisi pelayanan keperawatan tersebut di antaranya yaitu: Sudut Pandang Pasien (individu, keluarga dan masyarakat) menurut Meishenheimer (2001) dalam Karunia (2011), menjelaskan bahwa pasien atau keluarga pasien mendefinisikan kualitas sebagai adanya perawat atau tenaga kesehatan yang memberikan perawatan yang terampil dan kemampuan perawat dalam memberikan perawatan. Sedangkan Wijoyo (2000) dalam Karunia (2011), menjelaskan kualitas pelayanan berarti suatu empati, respek dan tanggap akan kebutuhannya, pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan mereka, diberikan dengan cara yang ramah pada waktu mereka berkunjung.

Pada umumnya mereka ingin pelayanan yang mengurangi gejala secara efektif dan mencegah penyakit, sehingga pasien beserta keluarganya sehat dan dapat melaksanakan tugas mereka sehari-hari tanpa gangguan fisik. Berdasarkan definisi-definisi di atas, maka dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan keperawatan didefinisikan oleh pasien (individu, keluarga, masyarakat) sebagai pelaksanaan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhannya yang berlandaskan rasa empati, penghargaan, ketanggapan, dan keramahan dari perawat serta kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan. Selain itu melalui pelayanan keperawatan tersebut, juga dapat menghasilkan peningkatan derajat kesehatan pasien. Sudut Pandang Perawat di mana kualitas berdasarkan sudut pandang perawat sering diartikan dengan memberikan pelayanan keperawatan sesuai yang dibutuhkan pasien agar menjadi mandiri atau terbebas dari sakitnya ((Meishenheimer, 2001) dalam (Karunia, 2011)). Pendapat lainnya dikemukakan oleh Wijoyo (2000) dalam Karunia (2011), bahwa kualitas pelayanan berarti bebas melakukan segala sesuatu secara profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang maju, kualitas pelayanan yang baik dan memenuhi standar yang baik. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa perawat sebagai tenaga profesional yang memberikan pelayanan keperawatan terhadap pasien mendefinisikan kualitas pelayanan keperawatannya sebagai kemampuan melakukan asuhan keperawatan yang

profesional terhadap pasien (individu, keluarga, masyarakat) dan sesuai standar keperawatan, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Sudut Pandang Manajer Keperawatan di mana kualitas pelayanan di fokuskan pada pengaturan staf, pasien dan masyarakat yang baik dengan menjalankan supervisi, manajemen keuangan dan logistik dengan baik serta alokasi sumber daya yang tepat.

Pelayanan keperawatan memerlukan manajemen yang baik sehingga manajer keperawatan mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dengan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen dengan baik yang memfokuskan pada pengelolaan staf keperawatan dan pasien sebagai individu, keluarga dan masyarakat. Selain itu pengelolaan pun mencakup pada manajemen keuangan dan logistik. Sudut Pandang Institusi Pelayanan menurut Meishenheimer (2001) dalam Karunia (2011), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan diasumsikan sebagai kemampuan untuk bertahan, pertimbangan penting mencakup tipe dan kualitas stafnya untuk memberikan pelayanan, pertanggungjawaban institusi terhadap perawatan terhadap pasien yang tidak sesuai, dan menganalisis dampak keuangan terhadap operasional institusi.

Berdasarkan uraian diatas, maka definisi kualitas pelayanan keperawatan dari pandangan institusi pelayanan yaitu terlaksananya efektivitas dan efisiensi pelayanan termasuk dalam hal ketenagaan, peralatan, biaya operasional, dan waktu pelayanan. Efektivitas dan efisiensi pelayanan tersebut didukung dengan peningkatan kualitas stafnya, selain itu rumah sakit pun dituntut untuk mempunyai tanggung jawab terhadap pelayanan keperawatan yang menimbulkan dampak negatif pada pasien.

Faktor-faktor yang memengaruhi pelayanan keperawatan Menurut Supranto (2006), faktor-faktor yang memengaruhi kualitas pelayanan adalah:

1. *Reliability* (kehandalan) Kemampuan untuk memberikan pelayanan secara akurat sesuai dengan yang dijanjikan.
2. *Responsiveness* (cepat tanggap) Kemampuan untuk membantu konsumen menyediakan pelayanan dengan cepat sesuai dengan keinginan.
3. *Assurance* (jaminan) Pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan atau assurance.

4. *Emphaty* (empati) Karyawan harus memberikan perhatian secara individual kepada konsumen dan mengerti kebutuhan konsumen.
5. *Tangibles* (kenyataan/berwujud) Penampilan fasilitas fisik, peralatan personal dan media komunikasi.
6. *Cost* (biaya) perawatan yang mahal dan informasi yang terbatas yang dimiliki pasien dan keluarga tentang perawatan yang diterima dapat menjadi keluhan mereka.
7. *High Personal Contact* (komunikasi Pemahaman penggunaan jasa tentang pelayanan yang akan diterimanya, dalam hal ini aspek komunikasi memegang peranan penting.

Selain itu menurut Nursalam (2002), keberhasilan pelayanan kegiatan menjamin kualitas pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yakni:

1. Faktor pengetahuan Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap manusia umumnya diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003) Pengetahuan dapat di ukur dengan wawancara atau angket terhadap responden tentang isi materi yang di ukur. Dalam pengetahuan yang diinginkan diukur disesuaikan dengan tingkat pengetahuan kognitif (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan tenaga perawat kepada kegiatan penjamin mutu pelayanan keperawatan merupakan kegiatan penilai, memantau atau mengatur pelayanan yang berorientasi pada pasien (Nurachmah, 2001).
2. Faktor beban kerja Bekerja adalah suatu bentuk aktivitas yang bertujuan untuk mendapatkan kepuasan dan aktivitas ini melibatkan baik fisik maupun mental. Beban kerja merupakan suatu kondisi atau keadaan yang memberatkan pada pencapaian aktivitas untuk melakukan suatu aktivitas. Beban kerja perawat yang tinggi serta beragam dengan tuntutan instansi kerja dalam pencapaian mutu pelayanan yang di harapkan. Untuk itu perlu adanya pengorganisasian kerja perawat yang tepat dan jelas.
3. Faktor komunikasi Komunikasi adalah sesuatu untuk dapat menyusun dan mengantar suatu pesan dengan cara yang mudah

sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima (Nursalam, 2002). Komunikasi dalam praktek keperawatan profesional merupakan unsure utama bagi perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal. Adapun faktor faktor yang memengaruhi penerapan komunikasi terapeutik antara lain: Pendidikan, lamanya kerja, pengetahuan, sikap, kondisi psikologi.

4.2.2 Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan merupakan kualitas yang berhubungan dengan pemberian keperawatan yakni harus tersedia, dapat diterima, menyeluruh, berkelanjutan serta dapat di dokumentasikan. Kualitas berkaitan dengan dimensi ketanggapan petugas terhadap pasien, keprihatinan, keramah tamahan petugas dalam melayani pasien yang sedang dalam masa penyembuhan (Triwibowo, 2013).

Dimensi kualitas pelayanan keperawatan Lima dimensi utama dalam kualitas pelayanan keperawatan:

1. Keandalan (Reability) Keandalan merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan tepat dan terpercaya. pelayanan yang terpercaya yaitu pelayanan yang kompeten dan konsisten. Pelayanan mempunyai dua aspek yaitu pelayanan yang tepat dan akurat (Asmuji, 2016). Memberikan pelayanan yang akurat, tidak membuat kesalahan dan menyampaikan pelayanan sesuai dengan waktu yang telah disepakati. Dimensi ini dapat dilihat dari kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan serta bersikap ramah tamah dan siap menolong pasien.
2. Daya Tanggap (Responssiveness) Ketanggapan merupakan kesediaan perawat untuk melayani konsumen dengan cepat yaitu pelayanan harus responsive terhadap konsumen. Komunikasi dan situasi fisik sekitar merupakan hal yang harus diperhatikan (Asmuji, 2016). Kesediaan perawat dan kemampuan perawat dalam membantu dan merespon permintaan pasien, serta memberikan informasi tentang kapan pelayanan dilakukan dan memberikan pelayanan secara cepat

(Triwibowo, 2013). Perawat diharapkan memberikan pelayanan kesehatan secara tepat waktu sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2015)

3. Jaminan (Assurance) Jaminan merupakan kegiatan untuk menjamin kepastian terhadap pelayanan yang diberikan kepada konsumen. Untuk menjamin. Kepastian perawat harus berbekal ilmu pengetahuan, sikap, kemampuan yang dimiliki untuk memberikan rasa percaya dan keyakinan terhadap pelayanan yang diberikan (Asmuji, 2016). Perawat mampu menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat, serta menciptakan rasa aman nyaman terhadap pasien (Triwibowo, 2013). Kriteria ini berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan dan sifat petugas yang dapat dipercaya oleh pengguna, hal ini berhubungan dengan faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan yang diterapkan (Muninjaya, 2015)
4. Empati (Empathy) Empati merupakan pemberian pelayanan penuh serta memberikan perhatian secara individual kepada konsumen, mendengarkan keluhan konsumen, membina hubungan saling percaya merupakan contoh dari sikap empati. Perawat dapat memahami masalah pasien dan melakukan tindakan sesuai dengan kepentingan pasien, memberikan perhatian personal serta memiliki jam operasional yang nyaman. Hal ini berkaitan dengan faktor kepedulian dan perhatian khusus staff kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka serta memberikan kemudahan dalam berkomunikasi
5. Bukti Fisik (Tangibles) Bukti fisik adalah segala jenis pelayanan yang langsung dapat dirasakan oleh konsumen, dan dinikmati melalui indra penglihatan, wujud nyata tersebut dapat berupa fasilitas kebersihan, ketersediaan, peralatan, penampilan, dan komunikasi yang langsung didapat oleh konsumen Berhubungan dengan penampilan fisik, kelengkapan serta kerapian perawat dalam memberikan pelayanan. Mutu pelayanan dapat dirasakan secara

langsung oleh penggunaanya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai (Muninjaya, 2015)

4.2.3 Pelayanan/Asuhan Keperawatan

Pelayanan keperawatan yang bersifat spesialistik, baik keperawatan klinik maupun keperawatan komunitas antara lain adalah:

1. Keperawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan yang harus diperhatikan dan disesuaikan dengan usia serta pertumbuhan dan perkembangan anak karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis pada anak itu sendiri. Perawat harus memperhatikan beberapa prinsip, mari kita pelajari prinsip tersebut. Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak sebagai berikut:

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain• lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.

- d. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam menyejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upaya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga aselalu melibatkan keluarga.
- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal di mana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.
- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

2. Keperawatan Maternitas

Keperawatan maternitas merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional keperawatan yang ditujukan kepada wanita pada masa usia subur (WUS) berkaitan dengan system reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari, beserta keluarganya, berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial untuk mencapai kesejahteraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Setiap individu mempunyai hak untuk lahir sehat maka setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Keperawatan ibu menyakini bahwa peristiwa

kelahiran merupakan proses fisik dan psikis yang normal serta membutuhkan adaptasi fisik dan psikososial dari individu dan keluarga, sehingga dibutuhkan asuhan persalinan normal (Bobak, 2004)

3. Keperawatan Medical Bedah

Dalam konsepnya, Keperawatan Medical Bedah adalah pelayanan profesional yang berdasarkan pada ilmu dan teknik Keperawatan Medical Bedah yang berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual pada klien dewasa untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, serta melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan sakit oleh individu. Lingkup praktik Keperawatan Medical Bedah yaitu, pemberian asuhan keperawatan pada klien dewasa yang mengalami gangguan fisiologis karena adanya penyakit, trauma atau kecacatan. Asuhan keperawatan meliputi perlakuan terhadap individu untuk memperoleh kenyamanan, membantu individu dalam meningkatkan dan mempertahankan kondisi kesehatannya, melakukan prevensi, deteksi dan mengatasi kondisi berkaitan dengan penyakit, mengupayakan pemulihan sampai klien dapat mencapai kapasitas produktif tertingginya, serta membantu klien menghadapi kematian secara bermartabat.

4. Keperawatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa (mental health nursing) adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya.

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Manusia terdiri dari bio, psiko, sosial, dan spiritual yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dan saling memengaruhi.

5. Keperawatan Gawat Darurat

Keperawatan gawat darurat (emergency nursing) adalah asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu dan keluarga yang mengalami kondisi yang mengancam kehidupan atau cenderung mengancam kehidupan yang terjadi secara tiba-tiba (Luckman & Sorensen, 1993) penerapan proses keperawatan pada kondisi darurat sebagai suatu pendekatan ilmiah, pada prinsipnya sama dengan di lahan praktek lainnya, walaupun terdapat faktor-faktor spesifik yang memengaruhi pengkajian atau pelaksanaan intervensi. Beberapa faktor yang memengaruhi adalah a) keterbatasan waktu ; b) kondisi pasien yang kritis ; c) kemungkinan dibutuhkannya tindakan segera diruangan lain ; d) keterbatasan data yang ada. Biasanya tindakan dilakukan sebelum pengkajian lengkap dilakukan. Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan pengkajian utama. Oleh karena itu pada umumnya pada pasien gawat darurat, digunakan standar rencana asuhan keperawatan yang terdiri dari dua masalah keperawatan utama.

6. Keperawatan Gerontik

Keperawatan gerontik adalah praktek perawatan yang berkaitan dengan penyakit pada proses menua (Kozier, 1987) Menurut (Lueckenotte, 2000) keperawatan gerontik adalah ilmu yang mempelajari tentang perawatan pada lansia yang berfokus pada pengkajian kesehatan dan status fungsional, perencanaan, implementasi serta evaluasi. Lingkup Keperawatan Gerontik asuhan keperawatan gerontik adalah pencegahan ketidakmampuan sebagai akibat proses penuaan, perawatan untuk pemenuhan kebutuhan lansia dan pemulihan untuk mengatasi keterbatasan lansia. Sifatnya adalah independen (mandiri), interdependen (kolaborasi), humanistik dan holistik. Keperawatan yang berkeahlian khusus merawat lansia diberi nama untuk pertama kalinya sebagai keperawatan geriatric. nama tersebut diganti dengan gerontological. Gerontologi berasal dari kata geros yang berarti lanjut usia dan logos berarti ilmu. Gerontologi adalah ilmu yang mempelajari tentang lanjut usia dengan masalah-

masalah yang terjadi pada lansia yang meliputi aspek biologis, sosiologis, psikologis, dan ekonomi. Gerontologi merupakan pendekatan ilmiah (scientific approach) terhadap berbagai aspek dalam proses penuaan. Peran perawat gerontik secara garis besar dapat digolongkan menjadi dua macam, yaitu peran secara umum dan peran spesialis. Peran secara umum yaitu pada berbagai setting, seperti rumah sakit, rumah, nursing home, komunitas, dengan menyediakan perawatan kepada individu dan keluarganya (Touhy, 2005). Perawat bekerja diberbagai macam bentuk pelayanan dan bekerja sama dengan para ahli dalam perawatan klien mulai dari perencanaan hingga evaluasi. Peran secara spesialis terbagi menjadi dua macam yaitu perawat gerontik spesialis klinis/gerontological clinical nurse specialist (CNS) dan perawat gerontik pelaksana/geriatric nurse practitioner (GNP). Peran CNS yaitu perawat klinis secara langsung, pendidik, manajer perawat, advokat, manajemen kasus, dan peneliti dalam perencanaan perawatan atau meningkatkan kualitas perawatan bagi klien lansia dan keluarganya pada setting rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, outreach programs, dan independent consultant. Sedangkan peran GNP yaitu memenuhi kebutuhan klien pada daerah pedalaman; melakukan intervensi untuk promosi kesehatan, mempertahankan, dan mengembalikan status kesehatan klien; manajemen kasus, dan advokat pada setting klinik ambulatori, fasilitas jangka panjang, dan independent practice.

7. Keperawatan Komunitas

Definisi Keperawatan Komunitas Komunitas berarti sekelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, memiliki nilai-nilai keyakinan dan minat yang relative sama, serta berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan (Mubarak, 2005). Keperawatan komunitas merupakan suatu sintesis dari praktik keperawatan dan praktik kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk meningkatkan serta memelihara kesehatan penduduk. Sasaran dari keperawatan kesehatan komunitas adalah individu yaitu balita gizi buruk, ibu

hamil risiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular. Sasaran keluarga yaitu keluarga yang termasuk rentan terhadap masalah kesehatan dan prioritas. Sasaran kelompok khusus, komunitas baik yang sehat maupun sakit yang mempunyai masalah kesehatan atau perawatan (Ariani, 2018).

4.2.4 Sistem Pelayanan Keperawatan

Sistem pelayanan kesehatan merupakan salah satu struktur multidisipliner yang bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan optimal. Keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan manusia. Pelayanan keperawatan adalah upaya untuk membantu individu baik yang sakit maupun yang sehat, dari lahir hingga meninggal dalam bentuk pengetahuan, kemauan dan kemampuan yang dimiliki. Pelayanan keperawatan diperlukan untuk membantu manusia dalam memenuhi kebutuhannya. Adapun pelayanan keperawatan yang diberikan kepada individu yaitu dalam bentuk asuhan keperawatan (Yulihastin, 2009). Pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat dilihat dari perilaku maupun keterampilan yang ditunjukkan oleh pemberi pelayanan kesehatan dari ilmu yang mereka miliki. Perilaku perawat merupakan hal yang terpenting dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan. Karena hubungan antara pemberi pelayanan kesehatan merupakan faktor yang memengaruhi proses penyembuhan pasien. Profesi keperawatan merupakan ujung tombak dari jasa pelayanan kesehatan itu sendiri. Tenaga keperawatan merupakan sumber daya manusia yang jumlahnya paling dominan di rumah sakit. Jumlah tenaga perawat berkisar 55-56 % dari jumlah sumber daya manusia yang ada di rumah sakit. Perawat memiliki peran penting dalam pencapaian mutu pelayanan karena perawat bertugas memberikan pelayanan kesehatan secara kontinyu setiap hari selama 24 jam. Dalam memberikan pelayanan keperawatan tidak terlepas dari pengaturan jam *Delivery Of Nursing Care* kerja yang lebih dikenal dengan istilah shift kerja.

Sistem Teknik dalam pemberian asuhan pelayanan keperawatan Terminologi tentang sistem teknis pelayanan selalu menjadi perdebatan di kalangan praktisi kesehatan di USA. Pasalnya para praktisi tidak yakin bahwa hal itu tidak akan mampu meningkatkan mutu dan produktivitas. Sistem teknis diartikan sebagai upaya menyeluruh dalam memanfaatkan dan memadukan sumber-sumber daya, peraturan, teknologi peralatan kesehatan dengan melakukan partnership

dengan para insinyur dalam mengevaluasi hasil pelayanan secara lintas-disiplin. Sistem teknis dapat digunakan dalam berbagai variasi dalam praktik pelayanan untuk mencapai kualitas, efisiensi, keamanan, dan/atau proses, produk dan pelayanan yang berorientasi kebutuhan pasien. Sektor pelayanan kesehatan sebagai sebuah pelayanan yang terbesar di Indonesia rupanya terlalu lamban untuk menerapkan sistem teknis tersebut. Pada awalnya, di USA sistem teknis tersebut tidak menunjukkan nilai penerimaan hasil yang optimal tetapi hampir sebagian besar rumah sakit telah memanfaatkan sistem tersebut (Fone, 2003). Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia tidak sepenuhnya mau memanfaatkan sistem tersebut karena berbagai alasan. Pelayanan kesehatan di Indonesia terbagi dalam berbagai jenjang pelayanan, mulai dari level C sampai A. Sumber daya yang dimiliki rumah sakit di level C tentu saja tidak selengkap dan secanggih yang dimiliki rumah sakit level A. keberadaan rumah sakit level C umumnya di tingkat kabupaten. Kebutuhan akan mutu pelayanan dirasa belum sampai pada level yang tinggi. Kemampuan sumber dana juga tentu berbeda di berbagai level tersebut. Komponen Sistem Pelayanan (Component Of Delivery System) Merujuk penelitian tentang beberapa hal dalam pemberian asuhan keperawatan maka ia menetapkan lima komponen dalam pemberian asuhan keperawatan. Komponen tersebut adalah deskripsi kerja (position descriptions), pelayanan pendampingan pasien (patient escort service), proses evaluasi (evaluation process), audit (chart audit), sistem komunikasi (communication system). Deskripsi kerja perawat masing-masing perawat membutuhkan petunjuk khusus atau informasi dalam menjalankan perintah dalam memberikan asuhan di mana hal tersebut dapat diperoleh melalui pelatihan ketrampilan berkelanjutan. Di beberapa negara maju team leader diberikan pada perawat lulusan sarjana (BSN, sementara di Indonesia Ners) sedangkan anggota tim adalah mereka yang lulusan diploma atau sederajat (LPNs). Deskripsi kerja perawat umumnya terdiri atas: (1) deskripsi kerja secara umum, (2) judul tugas, (3) kondisi pekerjaan, (4) metode dan cara pembayaran gaji, (5) peluang untuk maju, (6) kualifikasi, persyaratan pendidikan, pengalaman professional, kemampuan, dan karakteristik personal, (7) fungsi kerja: frekuensi kerja, periode kerja. Pelayanan pendampingan pasien tugas pelayanan ini adalah membantu kebutuhan pasien agar semua program yang ditetapkan dapat diterima oleh pasien. Di luar negeri tugas ini dikerjakan oleh perawat LPNs, tetapi di Indonesia sepertinya tidak jelas. Ke depan perlu ditetapkan jenis kualifikasi untuk pekerjaan ini. Proses evaluasi yang dimaksud evaluasi disini menyeluruh terhadap kinerja perawat dan evaluasi terhadap proses asuhan itu sendiri. Kadangkala proses ini dianggap

tidak penting karena perawat (lebih suka) kegiatan yang sifatnya rutinitas. Sehingga parameter keberhasilan pelayanan kurang terukur.

4.2.5 Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu Pelayanan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Suarli, 2012). Mutu pelayanan keperawatan adalah asuhan keperawatan professional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu, (reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy) (Bauk, 2013). Mutu pelayanan keperawatan merupakan suatu pelayanan yang menggambarkan produk dari pelayanan keperawatan itu sendiri yang meliputi secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada individu sakit maupun yang sehat dan dilakukan sesuai standar keperawatan (Asmuji, Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi, 2012). Berdasarkan pernyataan ketiga teori diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan keperawatan merupakan kegiatan atau upaya pelayanan yang dapat dilakukan secara mandiri atau bersama-sama dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara holistik.

Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan Menurut Nursalam cit tujuan mutu pelayanan keperawatan terdapat 5 tahap yaitu: a. Tahap pertama adalah penyusunan standar atau kriteria. Dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat. b. Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi disini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan. c. Tahap ketiga adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri. d. Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisa data. Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu persatu. e. Tahap kelima adalah evaluasi ulang. Ditahap ini berfungsi untuk meminimkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan tindakan keperawatan.

Suatu pelayanan keperawatan dapat dikatakan baik apabila dalam pemenuhan kebutuhan pasien berjalan dengan sesuai. Dari pelayanan yang baik tersebut maka akan menimbulkan budaya penanganan yang baik kepada semua pasien. Dan akan tercapainya tingkat kepuasan pasien pada standar yang setinggi-

tingginya. Mutu pelayanan keperawatan sebagai alat ukur dari kualitas pelayanan kesehatan dan menjadi salah satu faktor penentu citra instansi pelayanan kesehatan di masyarakat. Di karenakan keperawatan merupakan salah satu profesi dengan jumlah terbanyak dan yang paling dekat dengan pasien. Mutu pelayanan keperawatannya sendiri dilihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan puas atau tidak puas.

4.2.6 Macam Metode Asuhan Keperawatan

Metode penugasan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) dalam keperawatan:

1. Metode kasus

Metode kasus merupakan metode pemberian asuhan yang pertama kali digunakan. Sampai perang dunia II metode tersebut merupakan metode pemberian asuhan keperawatan yang paling banyak digunakan. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan kliennya. (Sitorus Ratna, 2006).

2. Metode Fungsional

Pada metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas atau prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di satu ruangan (Sitorus Ratna, 2006).

Pada metode ini, kepala ruang menentukan tugas setiap perawat dalam satu ruangan. Perawat akan melaporkan tugas yang dikerjakannya kepada kepala ruangan dan kepala ruangan tersebut bertanggung jawab dalam pembuatan laporan klien. Metode fungsional mungkin efisien dalam menyelesaikan tugas-tugas apabila jumlah perawat sedikit, tetapi klien tidak mendapatkan kepuasan asuhan yang diterimanya (Sitorus Ratna, 2006).

3. Metode Tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga

keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga menimbulkan rasa tanggung jawab yang tinggi (Sitorus Ratna, 2006).

4. Metode Perawat Primer

Menurut (Gillies, 1989)“ keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan, di mana terdapat hubungan yang dekat dan berkesinambungan antara klien dan seorang perawat tertentu yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pemberian dan koordinasi asuhan keperawatan klien, selama klien dirawat.” (Sitorus Ratna, 2006). Pada metode keperawatan primer perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (primary nurse) disingkat dengan PP (Sitorus Ratna, 2006).

Bab 5

Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

5.1 Pendahuluan

Keselamatan (safety) pasien menjadi salah satu isu global di pelayanan kesehatan termasuk di rumah sakit. Rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan patut mejamin keselamatan pasien selama menerima/menjalani pengobatan di rumah sakit, salah satu cara mewujudkan jaminan keselamatan pasien di rumah sakit adalah dengan cara menerapkan manajemen keselamatan pasien dengan benar. Isu keselamatan terdiri dari lima isu yaitu keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pemberi layanan kesehatan (staf safety), keselamatan bangunan dan alat yang mendukung rumah sakit (building and equipment safety), keselamatan lingkungan (green productivity), keselamatan bisnis rumah sakit (business safety). Kelima keselamatan tersebut harus dijalankan seirama di dalam sebuah rumah sakit, serta dilakukan secara konsisten dan komperhensif (Kemenkes, 2015).

Sejarah tentang keselamatan pasien telah ada sejak 2400 tahun yang lalu, di mana Hipocrates mengatakan *primum non nocere* (first, do no harm), yang mana hal ini menjadi prinsip utama dalam pelayanan kesehatan hingga saat ini (NHS, 2015 dalam Simbolon dkk, 2022). Kemudian pada tahun 1999 isu

tentang keselamatan pasien mencapai titik kritis, di mana IOM (Intitute of Medicine), mengatakan bahwa setidaknya 44.000-98.000 pasien meninggal setiap tahun akibat *medical error* (kesalahan medis) di Amerika (Emsli et al, 2015 dalam Simbolon dkk, 2022).

Angka kejadian kecelakaan keselamatan pasien seperti gunung es, di mana angka yang terlihat hanyalah sebagian kecil dari kejadian yang sesungguhnya. Berdasarkan laporan dari WHO menyebutkan di beberapa negara angka Kejadian Tidak Diharapkan atau KTD pada pasien rawat inap sebesar 3% hingga 16% terjadi di New Zealand, 12,9% terjadi di Inggris, 10,8% di Kanada (Basri, 2021 dalam Huriati dkk, 2022). Sedangkan di Indonesia sendiri, KKP-RS tahun 2010 melaporkan setidaknya 145 insiden KTD terjadi di wilayah sabang Indonesia atau wilayah Aceh sebesar 0,68%, Sulawesi Selatan 0,69%, Bali 1,4%, Jawa Barat 2,8%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Timur 11,7%, Daerah Istimewa Yogyakarta 13,8%, Jawa Tengah 15,9%, Jakarta 37,9%. Hasil laporan tersebut diketahui bahwa berdasarkan status kepemilikan rumah sakit tahun 2010 pada triwulan III diperoleh data bahwa rumah sakit pemerintah daerah yang memiliki persentasi lebih tinggi sebesar 16% sedangkan data rumah sakit swasta sebesar 12% (Basri, 2021 dalam Huriati dkk, 2022).

Hasil sebuah penelitian lain menyebutkan bahwa Rumah Sakit Stella Maris Makassar mencatat laporan *patient safety* pada tahun 2013 ada 13 jenis insiden keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit tersebut yaitu salah pemberian obat dibagian farmasi sebesar 16%, salah pemberian obat di ruangan rawat inap sebesar 6%, setelah diagnosis sebesar 6%, salah distribusi obat dari farmasi sebesar 13%, nyaris salah aplosing obat sebesar 3%, salah interpretasi sebesar 3%, salah mengetik hasil laboratorium sebesar 6%, pasien terjatuh sebesar 9%, kejadian potensial cedera sebesar 9%, kejadian sentinel sebesar 3%, salah pengambilan obat sebesar 3% dan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebesar 14%. Pada triwulan 1 bulan Januari hingga bulan April 2011, KKP-RS melaporkan insiden keselamatan pasien didapatkan 34 laporan insiden, para perawat menghabiskan banyak waktu merawat pasien, sehingga tim perawat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap keselamatan pasien (Haritsal, 2021 dalam Huriati, 2022).

Untuk mengatasi masalah tersebut, KEMENKES RI telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Keselamatan pasien adalah hak yang dimiliki pasien untuk merasa aman dan nyaman selama dirawat di rumah sakit. Kementerian

Kesehatan (2009) menyatakan bahwa sesuai dengan Pasal 53 (3) UU Kesehatan UU 36/2009, nyawa pasien harus menjadi prioritas utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Selanjutnya pada peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit, menyebutkan bahwa setiap rumah sakit harus menerapkan standar keselamatan pasien, dan beberapa standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu: 1). Hak pasien, 2). Mendidik pasien dan keluarga, 3). Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, 4). Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, 5). Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, 6). Mendidik staf tentang keselamatan pasien, 7). Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien (UU Kes RI, 2011).

5.2 Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2011).

Definisi lain menyebutkan, keselamatan pasien adalah tindakan untuk mengurangi risiko kerusakan yang tidak diinginkan terkait dengan perawatan kesehatan (Duarte et al dalam Buhari dkk, 2022). Beberapa pakar mendefinisak keselamatan pasien adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis yang menjamin keselamatan pasien, melalui penetapan operasional dan meminimalisasi terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman dalam sistem perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan secara optimal (Canadian Nursing Association, 2009; KKPRS, 2015; WHO, 2017 dalam Buhari dkk, 2022).

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi

mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

5.3 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan dari keselamatan pasien adalah terciptanya budaya atau kebiasaan memprioritaskan keselamatan rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunkan KTD di rumah sakit dan terlaksananya program-program pencegahan agar tidak terjadi pengulangan KTD (KKPRS, 2015 dalam Buhari dkk, 2022).

Menurut the Joint Commission (2015), menyebutkan beberapa tujuan dari keselamatan pasien yaitu:

1. Meningkatkan keakuratan identifikasi pasien dengan menggunakan dua identitas pasien untuk mencegah terjadinya kesalahan saat mengidentifikasi pasien
2. Meningkatkan komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan prosedur komunikasi secara teratur dan melaporkan informasi yang bersifat kritis serta memperbaiki pola serah terima pasien.
3. Meningkatkan keselamatan penggunaan pengobatan dengan cara pemberian label pada obat, dan pengurangan penggunaan antikoagulan.

4. Mengurangi risiko yang berhubungan dengan infeksi dengan mencuci tangan dengan benar, mencegah resistensi penggunaan antibiotik, menjaga central line dari proses penyebaran infeksi melalui darah.
5. Menggunakan pengobatan selama perawatan secara akurat dan lengkap, mengkomunikasikan pengobatan kepada petugas selanjutnya, membuat daftar pengobatan pasien, mengupayakan pasien mendapat pengobatan seminimal mungkin.
6. Mengurangi risiko bahaya akibat jatuh
7. Mencegah terjadinya luka tekan
8. Organisasi mengidentifikasi risiko keselamatan di semua pasien di rumah sakit
9. Protokol umum untuk mencegah kesalahan tempat, salah prosedur dan orang pada saat tindakan operasi

5.4 Standar Keselamatan Pasien

Kementerian Kesehatan telah mengatur dan menetapkan standar-standar keselamatan selama menjalani pengobatan di rumah sakit, dan penjelasan ini telah termaktub atau tertulis pada undang-undang kesehatan RI tahun (2011), adapun penjelasan tentang standar-standar keselamatan pasien sebagai berikut:

1. Hak pasien yaitu pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden. Pada standar ini rumah sakit harus memiliki dokter penanggung jawab pelayanan kemudian membuat rencana pelayanan dan dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya suatu insiden atau dampak dari pemberian tindakan kesehatan selama di rumah sakit.
2. Mendidik pasien dan keluarga yaitu rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab

pasien dalam asuhan pasien. Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat: memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur, mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga, mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti, memahami dan menerima konsekuensi pelayanan, mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit, memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa, memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan: Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Ada beberapa kriteria untuk mewujudkan standar ini, yaitu: Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit, terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar, terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya, terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien. Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada,

memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Adapun kriteria untuk mencapai standar ini adalah setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”, setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan, setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi, setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien: Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”, Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden, pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien, pimpinan mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien: rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan

mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas, rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien. Beberapa kriteria untuk mencapai standar ini adalah: Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing, setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden, setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien: Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal, serta transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat. Beberapa kriteria dalam mencapai standar ini, meliputi: Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien, tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

Untuk mencapai standar keselamatan pasien di rumah sakit maka setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien, meliputi: Ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh.

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite

Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI).

Keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut:

1. Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang

operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

2. Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (read back) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (read back) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu di Waspadai (High-Alert)

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Soun

Alike/LASA). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat-50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

4. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat Pasien Operasi
Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, pemeriksaan pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (illegible handwriting) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering

terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009).

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (laterality), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- a. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- b. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
- c. Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus.

Tahap “Sebelum insisi” (Time out) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat, di mana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan checklist.

5. Pengurangan Risiko Infeksi terkait Pelayanan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada

aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk hand hygiene yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

5.5 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit”. Uraian Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

5.5.1 Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil. Adapun langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit:
 - a. Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.
 - b. Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
 - c. Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.
2. Bagi Unit/Tim:
 - a. Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
 - b. Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

5.5.2 Memimpin dan Mendukung Staf

Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit. Adapun langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

1. Untuk Rumah Sakit:
 - a. Pastikan ada anggota Direksi atau Pimpinan yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien
 - b. Identifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
 - c. Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit

- d. Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.
2. Untuk Unit/Tim:
 - a. Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
 - b. Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
 - c. Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden.

5.5.3 Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah. Adapun langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

1. Untuk Rumah Sakit:
 - a. Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan nonklinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan staf;
 - b. Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi/pimpinan rumah sakit;
 - c. Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.
2. Untuk Unit/Tim:
 - a. Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait;
 - b. Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit;
 - c. Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut;

- d. Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

5.5.4 Mengembangkan Sistem Pelaporan

Memastikan staf dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Adapun langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

1. Untuk Rumah Sakit: Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
2. Untuk Unit/Tim: Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

5.5.5 Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien. Adapun langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

1. Untuk Rumah Sakit:
 - a. Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
 - b. Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
- 3) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.
2. Untuk Unit/Tim:
 - a. Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
 - b. Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat

- c. Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

5.5.6 Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Adapun langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

1. Untuk Rumah Sakit:
 - a. Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
 - b. Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (root cause analysis/RCA) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali setiap tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi.
2. Untuk Unit/Tim:
 - a. Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden.
 - b. Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

5.5.7 Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan. Adapun langkah penerapannya adalah sebagai berikut:

1. Untuk Rumah Sakit:
 - a. Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.

- b. Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
 - c. Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
 - d. Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 - e. Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.
2. Untuk Unit/Tim:
- a. Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
 - b. Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya.
 - c. Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

Bab 6

Sasaran Pelayanan Keperawatan

6.1 Pelayanan Keperawatan

Pelayanan Keperawatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Selain itu landasan pelayanan Keperawatan juga tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Keperawatan.

UU Keperawatan merupakan peraturan negara yang memiliki kekuatan hukum yang mengikat. Pada bagian awal penjelasan atas UU tersebut dijabarkan hal-hal yang berkaitan. Deskripsinya adalah sebagai berikut: Kesehatan sebagai hak asasi manusia yang diakui secara konstitusional dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sebagai hak warga negara dan tanggung jawab negara. Hak asasi bidang kesehatan ini harus diwujudkan melalui pembangunan kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat dengan menanamkan kebiasaan hidup sehat.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diwujudkan melalui pemberian pelayanan kesehatan yang didukung oleh sumber daya kesehatan, baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan. Perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan berperan sebagai penyelenggara Praktik Keperawatan, pemberi Asuhan Keperawatan, penyuluh dan konselor bagi Klien, pengelola Pelayanan Keperawatan, dan peneliti Keperawatan. Pelayanan Keperawatan yang diberikan oleh Perawat didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan Klien, perkembangan ilmu pengetahuan, dan tuntutan globalisasi. Pelayanan kesehatan tersebut termasuk Pelayanan Keperawatan yang dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman oleh Perawat yang telah mendapatkan registrasi dan izin praktik. Praktik keperawatan sebagai wujud nyata dari Pelayanan Keperawatan dilaksanakan secara mandiri dengan berdasarkan pelimpahan wewenang, penugasan dalam keadaan keterbatasan tertentu, penugasan dalam keadaan darurat, ataupun kolaborasi.

6.1.1 Definisi Istilah Sesuai Undang-Undang Keperawatan

Definisi dari berbagai hal yang berhubungan dengan Keperawatan telah ditetapkan dalam undang-undang Keperawatan. Hal tersebut sebagai acuan dalam penerapan Keperawatan secara profesional. Adapun beberapa istilah yang berhubungan dengan layanan adalah sebagai berikut:

1. Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.
2. 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.
3. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit
4. Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan.

5. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya.
6. Klien adalah perseorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menggunakan jasa Pelayanan Keperawatan.
7. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Selain itu juga terdapat definisi istilah sesuai dengan proses legalitas sebagai prasyarat melakukan layanan Keperawatan

1. Uji Kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan program studi Keperawatan.
2. Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap kompetensi Perawat yang telah lulus Uji Kompetensi untuk melakukan Praktik Keperawatan
3. Sertifikat Profesi adalah surat tanda pengakuan untuk melakukan praktik Keperawatan yang diperoleh lulusan pendidikan profesi.
4. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Perawat yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta telah diakui secara hukum untuk menjalankan Praktik Keperawatan.
5. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Keperawatan kepada Perawat yang telah diregistrasi.
6. Surat Izin Praktik Perawat yang selanjutnya disingkat SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan Praktik Keperawatan.

6.1.2 Asas Praktik Keperawatan

Praktik Keperawatan sesuai undang-undang Keperawatan berasaskan:

1. Perikemanusiaan
Asas yang harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk tanpa membedakan suku, bangsa, agama, status sosial, dan ras.
2. Nilai ilmiah
Praktik Keperawatan dilakukan berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh, baik melalui penelitian, pendidikan maupun pengalaman praktik.
3. Etika dan profesionalitas
Pengaturan Praktik Keperawatan harus dapat mencapai dan meningkatkan keprofesionalan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan serta memiliki etika profesi dan sikap profesional.
4. Manfaat
Keperawatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
5. Keadilan
Keperawatan harus mampu memberikan pelayanan yang merata, terjangkau, bermutu, dan tidak diskriminatif dalam pelayanan kesehatan.
6. Pelindungan
Pengaturan Praktik Keperawatan harus memberikan pelindungan yang sebesar-besarnya bagi Perawat dan masyarakat.
7. Kesehatan dan keselamatan Klien
Perawat dalam melakukan Asuhan Keperawatan harus mengutamakan kesehatan dan keselamatan Klien.

6.1.3 Tugas dan Wewenang Perawat

Tugas Perawat dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan sesuai undang-undang Keperawatan adalah

1. Pemberi Asuhan Keperawatan
2. Penyuluh dan konselor bagi Klien
3. Pengelola Pelayanan Keperawatan
4. Peneliti Keperawatan
5. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
6. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Tugas dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri. Pelaksanaan tugas Perawat sebagaimana harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Wewenang Perawat dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan

1. Melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik
2. Menetapkan diagnosis Keperawatan
3. Merencanakan tindakan Keperawatan
4. Melaksanakan tindakan Keperawatan
5. Mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan
6. Melakukan rujukan
7. Memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi
8. Memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter
9. Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
10. Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Wewenang Perawat dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat

1. Melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat
2. Menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat
3. Membantu penemuan kasus penyakit
4. Merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat
5. melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat

6. Melakukan rujukan kasus
7. Mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat
8. Melakukan pemberdayaan masyarakat
9. Melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
10. Menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat
11. Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
12. Mengelola kasus
13. Melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

Wewenang Perawat dalam menjalankan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi Klien

1. Melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat;
2. Melakukan pemberdayaan masyarakat
3. Melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
4. Menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat
5. Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.

Wewenang Perawat dalam menjalankan tugasnya sebagai pengelola Pelayanan Keperawatan

1. Melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan
2. Merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi Pelayanan Keperawatan
3. Mengelola kasus.

Wewenang Perawat dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti Keperawatan

1. Melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika
2. Menggunakan sumber daya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atas izin pimpinan
3. Menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6.1.4 Hak dan Kewajiban Perawat

Hak dan kewajiban perawat telah ditentukan dalam Undang-Undang Republik Indonesia nomor 38 tahun 2014.

Hak Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundangundangan;
2. Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya.
3. Menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan
4. Menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
5. Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

Kewajiban Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan

1. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundangundangan
2. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan
3. Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya
4. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar
5. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya
6. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat

7. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

6.2 Sasaran Pelayanan Keperawatan

Pelayanan Keperawatan sebagai bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Adapun Klien adalah perseorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menggunakan jasa Pelayanan Keperawatan.

6.2.1 Hak dan Kewajiban Klien

Hak klien dalam Praktik Keperawatan

1. Mendapatkan informasi secara, benar, jelas, dan jujur tentang tindakan Keperawatan yang akan dilakukan
2. Meminta pendapat Perawat lain dan/atau tenaga kesehatan lainnya
3. Mendapatkan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar prolesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan
4. Memberi persetujuan atau penolakan tindakan Keperawatan yang akan diterimanya
5. Memperoleh keterjagaan kerahasiaan kondisi kesehatannya

Kewajiban Klien dalam Praktik Keperawatan

1. Memberikan informasi yang benar, jeias, dan jujur tentang masalah kesehatannya
2. Mematuhi nasihat dan petunjuk Perawat
3. Mematuhi ketentuan yang berlaku di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
4. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima

Pengungkapan rahasia kesehatan Klien dilakukan atas dasar

1. Kepentingan kesehatan Klien
2. Pemenuhan permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum
3. Persetujuan Klien sendiri
4. Kepentingan pendidikan dan penelitian
5. Ketentuan Peraturan Perundang-undangan

6.2.2 Klien Perseorangan

Manusia adalah organisme yang kompleks, dipengaruhi oleh dan responsif terhadap lingkungan internal dan eksternal. Perilaku kita, perasaan kita tentang diri kita sendiri dan orang lain, nilai-nilai kita, dan prioritas yang kita tetapkan untuk diri kita sendiri semuanya berhubungan dengan kebutuhan fisiologis dan psikososial kita. Kebutuhan ini umum bagi semua orang, dan memenuhi kebutuhan ini sangat penting untuk kesehatan dan kelangsungan hidup semua orang; karenanya, mereka diberi label kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar manusia dapat terpenuhi atau tidak terpenuhi dengan berbagai cara. Seseorang dapat memenuhi beberapa kebutuhan secara mandiri, tetapi sebagian besar kebutuhan memerlukan hubungan dan interaksi dengan orang lain untuk pemenuhan sebagian atau seluruhnya. Memuaskan kebutuhan seseorang seringkali bergantung pada lingkungan sosial dan fisik, terutama keluarga dan komunitas seseorang (Taylor et al., 2011).

Kebutuhan Dasar Manusia Individu

Pada keperawatan mempertimbangkan kebutuhan fisik dan psikososial pasien. Maslow (1968) mengembangkan hirarki kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan untuk mempertimbangkan kebutuhan seseorang yang paling penting pada waktu tertentu. Kebutuhan tertentu lebih mendasar atau esensial daripada yang lain dan harus setidaknya dipenuhi sebelum kebutuhan lain dapat dipertimbangkan.

Hirarki Maslow berguna untuk memahami hubungan kebutuhan dasar manusia dan untuk menetapkan prioritas perawatan. Hirarki tersebut didasarkan pada teori bahwa sesuatu merupakan kebutuhan dasar jika memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Taylor et al., 2011):

1. Ketidakhadirannya menyebabkan penyakit.
2. Kehadirannya membantu mencegah penyakit atau menandakan kesehatan.
3. Pertemuan itu memulihkan kesehatan.
4. Lebih disukai daripada kepuasan lain bila tidak terpenuhi.
5. Seseorang merasa ada sesuatu yang hilang ketika kebutuhannya tidak terpenuhi.
6. Seseorang merasakan kepuasan ketika kebutuhannya terpenuhi.

Maslow mengatur hierarki untuk menunjukkan bahwa kebutuhan tertentu lebih mendasar daripada yang lain. Meskipun semua orang memiliki semua kebutuhan sepanjang waktu, orang umumnya berusaha untuk memenuhi kebutuhan tertentu, setidaknya pada tingkat minimal, sebelum memenuhi kebutuhan lainnya. Tingkatan dari bawah ke atas adalah *physiologic needs*, *safety and security needs*, *love and belonging needs*, *self-esteem needs*, *self-actualization needs* (Potter et al., 2021).

Asuhan keperawatan sering diarahkan untuk memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi atau terancam. Hirarki Maslow menyediakan kerangka kerja untuk penilaian keperawatan dan untuk memahami kebutuhan pasien di semua tingkatan, sehingga intervensi untuk memenuhi kebutuhan prioritas menjadi bagian dari rencana perawatan.

6.2.3 Keluarga

Hampir setiap orang adalah anggota dari sejumlah kelompok, seperti teman, rekan kerja, atau kelas sekolah. Masing-masing kelompok ini melibatkan bagian tertentu dari kehidupan seseorang dan penting bagi orang tersebut. Namun, hanya satu kelompok yang peduli dengan semua bagian kehidupan seseorang dan dengan memenuhi kebutuhan dasarnya sebagai manusia untuk meningkatkan kesehatan. Kelompok itu adalah keluarga (Taylor et al., 2011).

Sebuah keluarga dapat didefinisikan secara sederhana sebagai sekelompok orang yang hidup bersama dan terikat secara emosional. Keluarga ada dalam semua ukuran dan konfigurasi dan sangat penting untuk kesehatan dan kelangsungan hidup anggota keluarga individu, serta masyarakat secara keseluruhan. Keluarga adalah penyangga antara kebutuhan anggota individu dan tuntutan serta harapan masyarakat. Peran keluarga adalah membantu

memenuhi kebutuhan dasar manusia anggotanya sekaligus memenuhi kebutuhan masyarakat (Friedman, Bowden and Jones, 2003).

Satu keluarga bisa terdiri dari dua orang atau lebih. Anggota keluarga mungkin tidak berhubungan baik secara biologis atau hukum, mungkin dari jenis kelamin yang sama, dan/atau mungkin termasuk beberapa generasi (seperti kakek-nenek membesarkan cucu). Perawat harus ingat bahwa tidak ada “benar” atau “salah” mutlak tentang apa yang membuat sebuah keluarga, dan nilai-nilai seseorang tidak boleh dipaksakan pada orang lain. Menghormati semua jenis anggota keluarga dan hubungan sangat penting untuk holistik, perawatan pasien yang holistik dan individual (Taylor et al., 2011).

6.2.4 Komunitas

Seseorang mempunyai beberapa peran, sebagai individu, sebagai anggota keluarga, serta merupakan anggota masyarakat. Lingkungan masyarakat memengaruhi kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Komunitas dapat didefinisikan dalam berbagai cara, tetapi definisi yang paling mendasar adalah bahwa komunitas adalah populasi atau kelompok orang tertentu yang tinggal di wilayah geografis yang sama di bawah peraturan yang sama dan memiliki nilai, minat, dan kebutuhan yang sama. Sebuah komunitas mungkin merupakan lingkungan kecil di kota besar atau daerah pedesaan besar yang mencakup kota kecil. Komunitas dibentuk oleh karakteristik orang, wilayah, interaksi sosial, dan warisan dan ikatan keluarga, budaya, atau etnis yang sama. Dalam suatu komunitas, orang berinteraksi dan berbagi sumber daya (Taylor et al., 2011).

Populasi Rentan

Dalam pengaturan komunitas, perawat merawat pasien dari beragam budaya dan latar belakang dan dengan berbagai kondisi kesehatan. Namun, perubahan dalam sistem pemberian layanan kesehatan telah menjadikan kelompok berisiko tinggi sebagai pasien utama. Populasi rentan adalah kelompok pasien yang lebih mungkin untuk mengembangkan masalah kesehatan sebagai akibat dari risiko kesehatan yang berlebihan, yang terbatas dalam akses ke layanan perawatan kesehatan, atau yang bergantung pada orang lain untuk perawatan (Potter et al., 2017).

Keperawatan kesehatan masyarakat dan komunitas dan penyedia perawatan primer berbagi tanggung jawab perawatan kesehatan untuk promosi kesehatan, skrining, dan deteksi dini dan pencegahan penyakit untuk populasi yang

rentan. Pasien-pasien ini memiliki kebutuhan perawatan kesehatan yang intens yang tidak terpenuhi atau diabaikan atau membutuhkan lebih banyak perawatan daripada yang dapat diberikan dalam pengaturan rawat jalan atau rumah sakit. Individu dan keluarga mereka yang rentan seringkali menjadi anggota lebih dari satu kelompok ini. Selain itu, kerentanan perawatan kesehatan memengaruhi semua kelompok umur (Sebastian, 2014).

Beberapa hal terkait komunitas (Taylor et al., 2011)

1. Sistem Dukungan Sosial

Sistem pendukung sosial seorang individu terdiri dari semua orang yang membantu memenuhi kebutuhan keuangan, pribadi, fisik, dan emosional. Dalam kebanyakan kasus, keluarga, teman, dan tetangga memberikan dukungan sosial terbaik dalam suatu komunitas. Untuk memahami sistem dukungan sosial suatu komunitas, penting untuk mengetahui siapa dan apa yang memberikan dukungan (seperti keluarga, tetangga, teman, dan organisasi).

2. Struktur Kesehatan Masyarakat

Struktur perawatan kesehatan suatu komunitas memiliki efek langsung pada kesehatan orang yang tinggal di dalamnya. Ukuran dan lokasi komunitas seringkali menentukan jenis layanan yang tersedia. Misalnya, penduduk perkotaan memiliki berbagai sarana transportasi ke berbagai penyedia layanan kesehatan, sedangkan penduduk pedesaan mungkin harus menempuh perjalanan jauh untuk mendapatkan perawatan. Selain itu, pendanaan kabupaten dan negara bagian untuk layanan kesehatan masyarakat juga menentukan jenis dan jumlah layanan kesehatan lembaga dan lembaga yang tersedia.

3. Sumber Ekonomi

Cakupan keuangan dan asuransi memengaruhi individu akses ke layanan kesehatan dalam masyarakat. Karena biaya asuransi kesehatan swasta terus meningkat, semakin sedikit warga yang memilikinya. Banyak pekerjaan paruh waktu dan tidak terampil tidak memberikan manfaat asuransi sama sekali, mengakibatkan sejumlah besar warga negara tidak memiliki bantuan keuangan untuk pemeriksaan kesehatan atau perawatan penyakit. Meskipun masalah

ini sedang diperiksa oleh pembuat kebijakan negara bagian dan federal, belum ada solusi yang jelas.

4. Faktor lingkungan

Lingkungan komunitas di mana individu hidup dan bekerja mungkin memiliki efek yang bermanfaat dan berbahaya bagi kesehatan. Kualitas udara dan air berbeda di setiap komunitas. Daerah perkotaan besar sering dipengaruhi oleh polusi udara, sedangkan komunitas yang lebih kecil mungkin berisiko terkena polusi air dari limpasan limbah kimia atau ternak. Ada juga kekhawatiran yang meningkat tentang bagaimana pemanasan global memengaruhi kesehatan. Hambatan lingkungan untuk mengakses layanan kesehatan dalam masyarakat termasuk kurangnya transportasi, jarak ke layanan, dan lokasi layanan.

5. Efek pada Individu dan Keluarga

Masyarakat memiliki pengaruh yang kuat pada kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit individu dan keluarga di masyarakat. Sama seperti ada faktor risiko keluarga untuk kesehatan anggota individu, ada juga faktor risiko masyarakat yang melibatkan sumber daya, ekonomi, dan layanan. Agar pengkajian dan intervensi keperawatan menjadi komprehensif dan individual, perawat juga harus mempertimbangkan pengaruh komunitas.

Bab 7

Proses Keperawatan

7.1 Pendahuluan

Proses keperawatan merupakan serangkaian metode yang diterapkan perawat dalam praktik keperawatan. Awalnya, perawat hanya melaksanakan tugas yang menjadi rutinitas kerja, tanpa pedoman ilmiah dari tindakan tersebut. Namun seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, praktik dan ilmu keperawatan juga ikut berkembang. Proses keperawatan menyediakan struktur untuk praktik keperawatan yang merupakan kerangka kerja penggunaan ilmu dan pengetahuan serta keterampilan yang dilakukan oleh perawat. Pendekatan untuk memecahkan masalah keperawatan juga memerlukan ilmu, teknik dan keterampilan interpersonal. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap konsisten, sistematis dan saling berkaitan yakni pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penggunaan proses keperawatan menjadi pembeda antara asuhan keperawatan yang profesional dengan asuhan keperawatan tradisional. Oleh karena itu perawat profesional dituntut untuk dapat melaksanakan proses keperawatan dengan tepat dan benar menggunakan pendekatan ilmiah dalam menyelesaikan masalah kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.

7.2 Sejarah Proses Keperawatan

Saat ini, lima tahap proses keperawatan digunakan sebagai kerangka kerja, dasar dan pengantar dari kajian ilmu keperawatan. Istilah proses keperawatan pertama kali diperkenalkan oleh Lidy Hall tahun 1955. Saat itu proses keperawatan masih terdiri dari tiga tahap yaitu pengkajian, perencanaan, dan evaluasi. Kemudian pada tahun 1967, Yura dan Walls menjabarkan menjadi empat tahap, yaitu pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Pada pertengahan tahun 1970-an, penulis seperti Bloch, Roy, Mundinger dan Jauron, serta Aspinall melengkapi proses keperawatan menjadi lima tahap, yakni pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Di Indonesia, sekitar tahun 1980-an, proses keperawatan mulai dikenal khususnya dalam dunia pendidikan keperawatan.

7.3 Definisi Proses Keperawatan

Sejak tahun 1950an sampai sekarang para ahli mendeskripsikan proses keperawatan secara bervariasi, namun secara umum definisi proses keperawatan dapat dibedakan menjadi tiga dimensi, yaitu Tujuan, Organisasi, dan Karakteristik.

7.3.1 Tujuan, Organisasi dan Karakteristik

Tujuan proses keperawatan adalah untuk menggunakan metode pemecahan masalah sehingga perawat dapat mengidentifikasi seluruh kebutuhan yang diperlukan klien baik individu, keluarga dan masyarakat. Kebutuhan klien ini menggambarkan masalah yang terjadi pada klien, baik aktual maupun risiko.

Tujuan proses keperawatan akan terpenuhi jika perawat menggunakan standar untuk praktik keperawatan. Mutu atau layanan keperawatan yang diberikan menggunakan standar yang sama yaitu proses keperawatan. Proses keperawatan juga bertujuan untuk memperoleh metode yang baku, sesuai, rasional, dan sistematis.

Dapat disimpulkan tujuan proses keperawatan adalah untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi. Pendekatan proses keperawatan

membantu perawat secara lebih teliti melaksanakan tugas identifikasi masalah dan penetapan desain perencanaan yang ilmiah.

Proses keperawatan terorganisir menjadi lima tahap yaitu, pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Walaupun dikelompokkan menjadi lima tahapan, namun proses keperawatan harus dilaksanakan secara beruntun, bergantung dan berkesinambungan. Tiap tahapan saling memengaruhi, sehingga kinerja perawat yang menggunakan pendekatan proses keperawatan menjadi rapi dan terstruktur. Hal ini menjadikan kualitas asuhan keperawatan menjadi baik dan profesional.

Karakteristik proses keperawatan antara lain bersifat interaktif, fleksibel, dan teoritis. Interaksi antara perawat, klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya menjadikan proses penyembuhan klien akan berjalan dengan cepat tuntas, dan berkesinambungan. Interaksi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam proses penyembuhan klien akan terbentuk sikap saling menghargai profesi lain. Fleksibilitas proses keperawatan artinya bisa dipakai pada rentang kehidupan, dari janin hingga usia lanjut, serta seluruh tatanan layanan kesehatan.

Proses keperawatan bersifat dinamis di mana proses keperawatan dapat berubah bila kondisi pasien berubah. Perubahan kondisi pasien baik kearah positif maupun negatif, sehingga masalah keperawatan, rencana, dan tindakan keperawatan juga akan mengalami perubahan.

7.3.2 Manfaat Proses Keperawatan

Penerapan proses keperawatan mempunyai implikasi dan dampak terhadap profesi keperawatan, klien dan perawat. Adapun manfaat proses keperawatan, yaitu pertama meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui asuhan keperawatan yang komprehensif, sehingga mempercepat proses penyembuhan dan terhindar dari malpraktik.

Kedua Pengembangan keterampilan intelektual dan teknis bagi tenaga keperawatan. Pelaksanaan proses keperawatan dalam merawat klien akan memberikan kesempatan bagi perawat untuk mengembangkan berbagai pengetahuan dan keterampilan serta pengalaman kerjasama dengan teman sejawat, klien, dan keluarganya.

Ketiga meningkatkan peran dan fungsi keperawatan dalam pengelolaan asuhan keperawatan. Dengan melaksanakan tahap-tahap dalam proses keperawatan berarti melaksanakan fungsi-fungsi pengelolaan yang dimulai dari pengkajian

masalah, merencanakan asuhan keperawatan, pengorganisasian kegiatan keperawatan, menggerakkan tenaga keperawatan, menilai serta mengontrol asuhan keperawatan yang diberikan dalam mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang telah ditetapkan.

Keempat Pengakuan otonomi keperawatan. Masyarakat akan mengakui otonomi dari profesi keperawatan bila asuhan keperawatan yang diberikan dengan suatu metode yang didasari oleh tanggung jawab dan tanggung gugat berdasarkan kode etik profesi dan standar praktek keperawatan.

Kelima Meningkatkan kepuasan dalam bekerja dan meningkatkan perkembangan profesional. Proses keperawatan memungkinkan suatu pengembangan kreativitas sehingga mencegah kejenuhan perawat dalam melakukan pekerjaan yang bersifat rutinitas dan *task oriented approach*.

7.4 Teori yang Mendasari Proses Keperawatan

Berbagai teori telah dikemukakan oleh ahli tentang keperawatan, baik yang berupa konsep, filosofi, model maupun teori keperawatan itu sendiri. Berikut ini beberapa teori yang tentang proses keperawatan.

7.4.1 Teori Sistem

Dalam sistem keperawatan dijelaskan bahwa perawat sebagai individu dan klien (individu, keluarga, masyarakat) dalam berinteraksi di mana satu dengan yang lainnya saling memengaruhi terhadap tingkat kebutuhan dan kepuasan yang merupakan fokus dari asuhan keperawatan.



Gambar 7.1: Teori Sistem Proses Keperawatan (Nursalam, 2008)

Kumpulan data hasil pengkajian serta permasalahannya merupakan, kemudian disusun rencana dan asuhan keperawatan yang tepat, sehingga tercipta hasil (output) dari intervensi yang telah dilaksanakan. Proses umpan balik

merupakan proses di mana sistem dievaluasi atau dikaji ulang untuk menentukan intervensi selanjutnya.

7.4.2 Teori Kebutuhan Manusia

Teori yang dicetuskan oleh Abraham Maslow ini memadamng manusia sebagai bagian integral dalam motivasi untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia (fisiologi, keamanan, kasih sayang, harga diri, dan aktualisasi diri). Penerapan proses keperawatan difokuskan kepada kebutuhan dasar manusia yang unik



Gambar 7.2: Teori Sistem Proses Keperawatan (Nursalam, 2008)

7.4.3 Teori Persepsi

Teori persepsi ini mengemukakan bahwa dalam penuhan kebutuhan dasar dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap stimulus yang diperoleh. dalam proses keperawatan di mana perawat dan klien salingmengumpulkan data. kemudia data tersebut akan memberikan nilai yang bermakna serta dapat digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan.

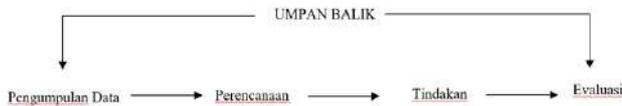


Gambar 7.3: Teori Sistem Proses Keperawatan (Nursalam, 2008)

7.4.4 Teori Pengambilan Keputusan dan Penyelesaian Masalah

Teori ini mengemukakan bahwa setiap pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah menuntut seseorang untuk dapat menerima hal baru, perbedaan dan aspek-aspek yang lebih komplkes dari lingkungan yan gsudah ada. Tujuan proses keperawatan adalah memberikan asuhan keperawatan

kepada klien adalah untuk membantu mempercepat menyelesaikan masalah klien yang kompleks.



Gambar 7.4: Teori Sistem Proses Keperawatan (Nursalam, 2008)

7.5 Langkah-Langkah Proses Keperawatan

Proses keperawatan digunakan secara terus menerus dalam asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan inti dari seluruh proses keperawatan. Asuhan keperawatan adalah seluruh proses yang tersusun secara berurutan yang langsung ditujukan pada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Perawat menganggap klien sebagai figur sentral dalam rencana asuhan keperawatan sehingga selalu memastikan ketepatan dari semua aspek dan mengobservasi respon pasien.

Sejatinya para tenaga kesehatan profesional harus menguasai proses dalam asuhan keperawatan sehingga dapat mengatasi permasalahan klien secara profesional. Untuk lebih menguasai proses keperawatan, baiknya kita melihat detail dari tahapan proses keperawatan. berikut adalah tabel sederhana dari langkah proses keperawatan.

Tabel 7.1: Langkah-langkah Proses Keperawatan

Proses	Tahapan
Pengkajian	1. Pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari pemeriksaan penunjang
Diagnosis Keperawatan	2. Analisis data 3. Identifikasi Masalah

	4. Perumusan Diagnosis Keperawatan
Perencanaan Keperawatan	5. Tujuan Keperawatan 6. Kriteria Hasil 7. Rencana Intervensi (tindakan keperawatan)
Implementasi	8. Pelaksanaan tindakan keperawatan
Evaluasi	9. Pelaksanaan Penilaian 10. Penentuan Tindak lanjut

7.5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan dan menentukan bagi proses selanjutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data melalui wawancara, observasi pemeriksaan fisik dan pemeliharaan penunjang. Dalam pengkajian keperawatan, akan dikumpulkan empat macam data, yakni data dasar, data fokus, data subjektif, dan data objektif. Data yang dikumpulkan bersumber dari dari primer klien, dan sumber data sekunder yakni dari keluarga, orang terdekat, atau orang lain yang tahu status kesehatan klien, termasuk tenaga kesehatan.

Teknik pengumpulan data meliputi anamnesis, observasi. Anamnesis adalah tanya jawab atau komunikasi secara langsung dengan klien maupun tak langsung untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. dalam melakukan anamnesis dibutuhkan kemampuan perawat untuk berkomunikasi serta memperhatikan respon verbal dan perilaku non verbal klien.

Pada observasi, perawat melakukan pengamatan langsung yang memerlukan keterampilan, disiplin, dan praktik klinik. Observasi terdiri dari pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan empat cara yaitu inspeksi, perkusi, palpasi dan auskultasi. Observasi pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai indikasi contohnya mengamati hasil foto thoraks, laboratorium dan jantung.

perawat dalam melakukan pengkajian terkadang mengalami hambatan atau kendala antara lain (1) tidak mampu melakukan anamnesis dengan tepat, (2) tidak mampu melakukan pemeriksaan fisik dengan tepat (3) Tidak mampu mengorganisir data (4) data tidak lengkap dan akurat (5) data yang saling bertolak belakang, serta (6) Penggandaan data.

Oleh karena itu untuk melakukan proses keperawatan secara komprehensif dan profesional, seorang perawat harus memiliki ilmu, keterampilan dan kemampuan komunikasi yang baik.

7.5.2 Diagnosis

Dalam pemberian asuhan keperawatan, diagnosis keperawatan merupakan bagian vital untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal. Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia, serta penilaian klinis dari respon tersebut. Tujuan diagnosis keperawatan adalah memungkinkan perawat untuk menganalisis dan sistesis data yang telah dikelompokkan, mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, kemampuan klien untuk dapat mencegah dan memecahkan masalah.

Menganalisis data dan menyimpulkan dalam rumusan diagnosis membutuhkan kemampuan kognitif dan penalaran. Data yang ditemukan selama proses pengkajian keperawatan untuk kemudian disimpulkan dalam rumusan diagnosis keperawatan mengharuskan perawat untuk mengembangkan daya berpikir dan penalaran yang sangat dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan (Dermawan, 2012). Sehingga dapat dikatakan bahwa penentuan diagnosis keperawatan merupakan proses yang dilakukan secara simultan yang tentu saja membutuhkan pengalaman yang memadai oleh perawat. Perawat yang belum berpengalaman perlu mendapatkan pelatihan dan pembiasaan diri yang terus menerus secara sistematis sehingga diagnosis keperawatan dapat ditegakkan dengan akurat.



Gambar 7.5: Tahap proses Penegakan Diagnosis (Diagnostic Process) (PPNI, 2016)

Proses penegakan diagnostik (diagnostik proses) atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri dari atas tiga tahap, yaitu (1) analisis data, (2) identifikasi masalah, dan (3) perumusan diagnosis.

Langkah-langkah penentuan diagnosis keperawatan ini memudahkan perawat atau peserta didik baru untuk menegakkan diagnosa keperawatan dengan akurat (PPNI, 2016).

7.5.3 Perencanaan

Setelah mengidentifikasi masalah dalam diagnosis keperawatan, selanjutnya perawat mengembangkan sebuah desain perencanaan keperawatan untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah tersebut. Dalam menyusun perencanaan keperawatan, perawat harus menentukan prioritas masalah keperawatan. Prioritas pertama diartikan bahwa masalah ini perlu perhatian perawat karena dapat memengaruhi status kesehatan secara umum dan dapat memperlambat penyelesaian masalah lain.

Pada tahap ini berbagai langkah aplikatif akan disusun dan direncanakan. tahap ini memuat tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan keperawatan. PPNI telah menyusun buku Standar Luanan Keperawatan Indonesia sebagai panduan bagi perawat dalam menyusun tujuan dan kriteria hasil dalam perencanaan keperawatan.

Tujuan keperawatan atau output/luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. luaran keperawatan ini menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. label luaran keperawatan merupakan kondisi merupakan kondisi perilaku atau persepsi yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan. Ekspektasi luaran merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Ekspektasi menggambarkan kondisi seperti meningkat, menurun, dan membaik. Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Kriteria hasil disebut juga indikator karena menggambarkan perubahan yang ingin dicapai.

Rencana intervensi keperawatan disusun dengan berpedoman pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan amanat UU No 38/2014 tentang Keperawatan disebutkan bahwa dalam menjalankan tugasnya sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan

tindakan gawat darurat, memberi konsultasi, berkolaborasi, melakukan penyuluhan dan konseling, pemberi obat sesuai resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan intervensi komplementer dan alternatif.

Dalam sistem klasifikasi SIKI terdiri atas 5 kategori dan 14 subkategori. Pengklasifikasian intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan analisis kesetaraan (similarity analysis) dan penilaian klinis (clinical judgement).

7.5.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data baru.

Perawat profesional dalam melakukan implementasi membutuhkan beberapa keterampilan yaitu kognitif, interpersonal, dan psikomotor. Keterampilan tersebut dibutuhkan perawat untuk mengetahui alasan untuk setiap intervensi terapeutik, respon fisiologis dan psikologis, dan mengenali aspek promotif kesehatan klien. Dalam berinteraksi dengan klien, perawat harus berkomunikasi dengan jelas selain itu mempunyai perspektif terhadap komunikasi verbal dan non verbal klien.

7.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat di tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah untuk Mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana keperawatan, dan meneruskan rencana keperawatan. Proses evaluasi meliputi mengukur pencapaian tujuan dari aspek kognitif, afektif, dan psikomotor serta perubahan fungsi tubuh. setelah dievaluasi perawat mengambil keputusan apakah klien telah mencapai hasil yang ditetapkan, klien masih dalam proses mencapai hasil, dan klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan.

Macam evaluasi antara lain evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan. sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. S merupakan

data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis atau interpretasi dari data subjektif dan objektif, dan P adalah planing atau perencanaan keperawatan yang dilanjutkan.

Bab 8

Dokumentasi Asuhan Keperawatan

8.1 Pendahuluan

Pelayanan Kesehatan tertuang dalam Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) tahun 2014 Nomor 38 menyatakan bahwa asuhan keperawatan adalah komponen integral dalam sebuah pelayanan kesehatan, yang berlandaskan pada ilmu keperawatan berupa konseling perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam keadaan sehat atau tidak sehat. Tanggung jawab utama seorang perawat adalah memberikan pelayanan perawatan profesional dalam bentuk kegiatan keperawatan, dimulai dengan proses investigasi yang komprehensif, membuat diagnosa, membuat rencana, mengambil tindakan dan mengevaluasi kegiatan keperawatan. Bagian 1 dari bagian 34 Undang-Undang tersebut menyatakan bahwa perawat diharuskan menyimpan catatan saat melakukan tugas keperawatan. 2) Pembukuan catatan menurut ayat 1 harus diselenggarakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Pekerjaan keperawatan adalah tahapan pekerjaan keperawatan yang diajarkan langsung kepada pasien dalam sistem kesehatan sebagai profesi keperawatan sesuai prinsip ilmu seorang perawat, yang memperhatikan rasa kemanusiaan serta didasarkan pada kebutuhan pasien dalam memecahkan suatu problem kesehatannya. Bagian terpenting dari pekerjaan keperawatan adalah

dokumentasi. Dokumentasi keperawatan adalah catatan respon residen yang komprehensif, sistematis dan terstruktur terhadap tindakan perawatan, menunjukkan tanggung jawab caregiver kepada residen selama proses keperawatan (Prabowo, 2016).

8.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

UU No. 38 Tahun 2014 Republik Indonesia Pekerjaan Keperawatan adalah interaksi klien dan lingkungan untuk memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuan peningkatan kemandirian klien. Keperawatan adalah suatu rangkaian proses untuk memenuhi kebutuhan klien melalui metode sistematis dan ilmiah dari proses evaluasi, penentuan diagnosa keperawatan dan penentuan pencapaian atau tujuan asuhan keperawatan, perencanaan dan implementasi serta evaluasi (Suarli dan Yahya, 2012).. Konsep dasar keperawatan menekankan pendekatan holistik, otonomi, kemitraan, individu dan konteks budaya dalam proses pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Ini berarti bahwa klien harus terlibat secara aktif dan mengidentifikasi tujuan mereka untuk mengelola masalah mereka untuk dimasukkan dalam rencana perawatan. Proses pengasuhan harus membina hubungan terapeutik, memberikan konseling, pendidikan, dan intervensi berbasis bukti oleh pengasuh. Dalam pengertian lain, konsep keperawatan mengacu pada layanan pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi bagi orang yang menderita penyakit atau masalah kesehatan (Beard, 2021)

8.3 Konsep Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Konsep dokumentasi keperawatan 8.3.1 Definisi Dokumentasi adalah bahan cetak atau dokumen yang dapat diandalkan oleh pihak yang berwajib sebagai bukti. Sumber lain menyatakan bahwa catatan perawat adalah bukti berupa tulisan yang bermanfaat bagi pasien, tim keperawatan, dan tenaga medis yang melakukan asuhan medis berdasarkan informasi tertulis yang akurat dan lengkap dari perawat dalam catatan perawat tentang asuhan Wahid dan Suprpto, 2012).

8.3.1 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan alat komunikasi antara klien, keluarga, tim keperawatan dan tim kesehatan lainnya, yang tujuannya adalah untuk memastikan komunikasi yang baik antara perawat, melindungi klien yang diasuh dan membantu perawat. memulai pengorganisasian pekerjaan keperawatan. dan bertanggung jawab atas keselamatan pelanggan. Sebagai referensi statistik untuk rostering, perencanaan sarana dan prasarana masa depan, dan kebutuhan staf, untuk institusi pendidikan, dapat digunakan sebagai lingkungan belajar dan bahan penelitian bagi mahasiswa dalam pengembangan keterampilan keperawatan; sebagai sumber data untuk audit keperawatan; sebagai alat ukur untuk mengevaluasi kinerja pelayanan kesehatan, dokumen yang digunakan sebagai aspek hukum dan bukti asli yang dapat digunakan perawat dalam masalah hukum dan untuk memastikan kualitas pelayanan kesehatan dan perawatan (Setiadi, 2012). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan alat ukur untuk mencatat, memantau dan melengkapi pelayanan keperawatan yang diberikan di rumah sakit. Indikator kinerja tenaga keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan dapat dilihat pada pelaksanaan pendokumentasian pekerjaan keperawatan. Tanpa dokumentasi keperawatan, setiap asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat tidak ada artinya dalam hal akuntabilitas dan tanggung jawab. Dokumentasi keperawatan juga merupakan salah satu upaya untuk mendorong dan mengendalikan tanggung jawab seorang perawat.

8.3.2 Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi pekerjaan keperawatan sangat penting dalam banyak hal, terutama untuk menjawab pertanyaan tentang kualitas layanan berdasarkan dokumentasi, karena dokumentasi memfasilitasi pemberian layanan dan penyelesaian masalah pelanggan, merupakan tolok ukur evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan, aspek komunikasi dan jalur komunikasi antar perawat dan klien atau keluarga, tenaga kesehatan lainnya, sehingga dapat membentuk koordinasi yang baik dan menghindari duplikasi, yang tidak sah secara hukum dan efektif sebagai dokumen resmi dan memiliki nilai atau legitimasi hukum dalam sistem pelayanan perawatan, sehingga ketika timbul permasalahan hukum, pendokumentasian merupakan bukti yang dapat digunakan di pengadilan, pelatihan pendidikan dan pendokumentasian memiliki nilai pendidikan karena isinya adalah kronologi praktik keperawatan, yang menjadi acuan pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan. Informasi

yang terdokumentasi dapat digunakan sebagai acuan atau reimbursement bagi klien, dari segi penelitian pendokumentasian berfungsi sebagai bahan atau tujuan penelitian dalam pengembangan profesi keperawatan, dari segi dokumen keperawatan dapat sebagai indikator dalam akreditasi sebagai indikator dalam evaluasi pelayanan keperawatan pada akreditasi rumah sakit.

8.3.3 Prinsip-Prinsip Pendokumentasi Asuhan Keperawatan

Prinsip pendokumentasian, pencatatan dilakukan segera setelah asesmen awal atau pada setiap tahap perawatan, yang mencatat tanggapan pasien terhadap informasi atau data penting dan memastikan keakuratan semua data yang direkam sehingga informasi atau data yang ada harus bersifat objektif. Mendokumentasikan secara akurat saat kondisi klien atau saat terjadi perubahan kondisi pasien atau masalah baru muncul. Hindari dokumentasi yang sama karena setiap pasien memiliki masalah yang berbeda. Hindari ejaan istilah yang ambigu dalam catatan perawat. Menulislah dengan menggunakan tinta, bukan pensil. Jika ada kesalahan ketik, harus dicoret dan diganti dengan yang benar dan ditandatangani pada setiap dokumen. Cantumkan waktu, tanda tangan dan nama asli penulis. Setiap dokumen keperawatan harus dapat dibaca oleh semua anggota atau tim tenaga kesehatan.

8.3.4 Dokumentasi Proses Keperawatan

1. Dokumentasi Pengkajian

Proses *Assessment* merupakan langkah pertama pada proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Catatan hasil assesment perawat berupa data yang terdiri dari riwayat kesehatan pasien sekarang, riwayat kesehatan pasien yang lalu, dan riwayat kesehatan keluarga. Data kondisi kesehatan pasien dikaji secara komprehensif meliputi keadaan bio, psiko, sosial, spiritual dan budaya. Setelah hasil assesment terkumpul maka data dikelompokkan dan diinterpretasi serta di dokumentasikan.

Menurut Ermawati Dalami (2011), tipe pengkajian terdiri dari:

- a. Dokumentasi Pengkajian Awal
Pengkajian awal di dokumentasikan sebagai sumber data (database) yang dikembangkan untuk penggunaan umum suatu instansi, untuk penggunaan spesifik pada unit perawatan khusus, atau untuk tipe populasi klien tertentu. Bentuk sumber data membantu dalam strukturisasi Riwayat Kesehatan klien dan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik.
 - b. Dokumentasi Pengkajian Lanjutan
Pengkajian lanjutan, pengkajian ulang, dan pengkajian kembali di dokumentasikan dalam catatan perkembangan klien atau pada lembar yang sesuai. Data ini dapat dikategorikan sebagai data penunjang atau data yang dikembangkan.
 - c. Dokumentasi Data Penunjang
Data penunjang adalah data yang dikaji ulang atau data yang sudah terkumpul sebelumnya kemudian didokumentasikan untuk menunjukkan pemantauan yang terus menerus terhadap status Kesehatan klien dan pemecahan masalahnya.
 - d. Dokumentasi Data yang dikembangkan
Perawat mendokumentasikan data relevan yang dikembangkan dalam catatan perkembangan guna mendukung penilaian keperawatan terhadap status kesehatan klien.
 - e. Dokumentasi Pengkajian Khusus
Dokumentasi pengkajian khusus dilakukan Ketika alat pengukuran khusus dimasukkan kedalam proses pengambilan keputusan klinis, maka penggunaannya harus selalu didokumentasikan dalam catatan klinis.
2. Dokumentasi Diagnosa Asuhan Keperawatan
- Dokumentasi Diagnosa Keperawatan, merupakan tahap pengambilan keputusan sebuah proses keperawatan. Penulisan diagnose keperawatan meliputi problem atau masalah klien yang bersifat actual, risiko, ataupun sejahtera. Pembuatan keputusan berupa masalah keperawatan harus ditunjang dengan data yang ada di klien

baik berupa data mayor maupun minor serta data penunjang. Penggunaan diagnose keperawatan merupakan petunjuk untuk membuat catatan perkembangan.

3. Dokumentasi Rencana Tindakan

Rencana Tindakan keperawatan mencakup tiga hal meliputi:

a. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan harus merupakan prioritas untuk merawat klien. Hal tersebut harus menyangkut langsung situasi yang mengancam kehidupan klien.

b. Kriteria Hasil

Setiap diagnose keperawatan harus mempunyai sedikitnya satu kriteria hasil. Kriteria hasil dapat diukur dengan tujuan yang diharapkan yang mencerminkan masalah klien.

c. Rencana Tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan adalah memperoleh tanggung jawab mandiri, khususnya oleh perawat yang dikerjakan bersama dengan program medis berdasarkan masalah klien dan bantuan yang diterima klien adalah merupakan hasil yang diharapkan. Masing-masing masalah klien dan hasil yang diharapkan didapatkan paling sedikit dua rencana tindakan.

4. Dokumentasi Implementasi Asuhan Keperawatan

Perencanaan dan Tindakan keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan berdasarkan masalah actual dari klien. Maksud dokumentasi Tindakan adalah menemukan secara tepat gambaran intervensi keperawatan yang meliputi:

a. Intervensi terapeutik

Tindakan terapeutik adalah asuhan keperawatan yang langsung sesuai keadaan klien. Rencana keperawatan yang lebih dari satu harus dikerjakan sungguh-sungguh sesuai prioritas masalah dalam diagnose keperawatan.

b. Intervensi pemantauan/observasi

Proses ini membutuhkan ketajaman observasi perawat termasuk keterampilan mengevaluasi yang tepat. Program yang lebih dari

yang sangat menentukan Kesehatan klien. Perawat harus lebih melihat perkembangan yang baik dan buruk dari klien seperti: mengobeservasi tanda vital, diagnose keperawatan, Tindakan terapeutik keperawatan, terapi medis dan lain-lain.

Dokumentasi intervensi mengidentifikasi mengapa sesuatu terjadi terhadap klien, apa yang terjadi, kapan, bagaimana, dan siapa yang melakukan intervensi.

5. Dokumentasi Evaluasi Asuhan Keperawatan

Pernyataan evaluasi perlu di dokumentasikan dalam catatan kemajuan, direvisi dalam rencana perawatan atau dimasukkan dalam ringkasan khusus dan dalam pelaksanaan atau perencanaan. Pedoman untuk pendokumentasian evaluasi adalah sebagai berikut:

- a. Sebelum kesimpulan evaluasi dengan data yang mendukung penilaian perawat.
- b. Mengikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat klien terhadap intervensi keperawatan atau prosedur keperawatan.
- c. Menggunakan pernyataan evaluasi sumatif Ketika klien dipindahkan ke fasilitas lain atau dipulangkan/pasien sembuh.
- d. Catatan evaluasi sumatif untuk setiap hasil yang diharapkan diidentifikasi pada perencanaan keperawatan klien.
- e. Menulis pernyataan evaluasi yang merefleksikan keadaan perkembangan klien terhadap tujuan.
- f. Melalui suatu penilaian atau modifikasi intervensi, mengawasi dan mendokumentasikan respon perawat untuk mengubah kondisi klien.

Bab 9

Model-model Praktik Keperawatan

9.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan upaya pemberian asuhan yang memiliki sifat humanistik, holistik, profesional dengan dasar ilmu dan kiat, standar pelayanan yang ditetapkan serta berlandaskan kode etik profesi keperawatan, di mana perawat dapat memberikan asuhan secara mandiri dan kolaborasi (Kodim, 2018). Praktik keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan berdasarkan kiat dan ilmu keperawatan yang diberikan terhadap klien secara individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat (Ariga, 2022).

Menurut Nursalam (2022), terdapat model praktik keperawatan, yakni;

1. Praktik keperawatan rumah sakit, di mana perawat ners memiliki kewenangan dan tanggung jawab alam melakukan praktik keperawatan di rumah sakit sesuai kemampuan dan sikapnya.
2. Praktik keperawatan rumah, pada dasarnya merupakan pelayanan keperawatan lanjutan dari pelayanan rumah sakit yang dilakukan oleh perawat rumah sakit maupun perawat rumat.

3. Praktik keperawatan berkelompok, layanan keperawatan 24 jam yang diberikan oleh perawat yang membuka praktik dengan pendekatan dan pelaksanaan praktik keperawatan rumah sakit dalam mengatasi berbagai masalah keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat.
4. Praktik keperawatan individu, pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat profesional senior dalam jam praktik tertentu. Bentuk praktik ini sangat diperlukan bagi masyarakat yang jauh dari akses fasilitas pelayanan kesehatan

Seiring dengan perkembangan jaman, maka tidak dapat terelakkan terjadi peningkatan tuntutan kebutuhan klien maka dunia keperawatan juga mengalami perkembangan terhadap model pelaksanaan layanan keperawatan. Model layanan keperawatan yang diberikan oleh perawat profesional sehingga memberikan kepuasan bagi klien maupun perawat itu sendiri. Salah satu upaya yang dilakukan yakni dengan melakukan perubahan kerangka kerja pemberian asuhan keperawatan dengan menerapkan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). MPKP merupakan model pemberian pelayanan kepada klien yang memberikan pelayanan yang aman, efektif dan efisien. (Kozier, B, Erb. G & Blais, 1997)

MPKP atau model asuhan keperawatan profesional (MAKP) merupakan kerangka kerja perawat yang mendefinisikan 4 unsur, yakni standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan dan sistem MPKP sehingga keempat unsur tersebut menjadi bahan pertimbangan dalam menetapkan suatu model asuhan. (Dedi, 2020). Keberhasilan asuhan keperawatan kepada klien sangat ditentukan oleh pemilihan model praktik keperawatan yang digunakan sehingga model praktik keperawatan harus efektif dan efisien. Setiap unit perawatan memiliki upaya untuk menyeleksi model praktik keperawatan yang tepat digunakan di unit perawatannya, dengan memiliki pertimbangan terhadap kesesuaian klasifikasi klien dan jenis ketersediaan tenaga perawat yang ada, sarana prasarana, kebijakan rumah sakit. Di mana setiap model tersebut memiliki keuntungan dan kelemahan yang menjadi pertimbangan bagi setiap unit pelayanan keperawatan.

9.2 Praktik Keperawatan Profesional

World Health Organization (WHO) tahun 2010 mencanangkan fokus tujuan praktik keperawatan pada upaya pencegahan primer, peningkatan kesehatan (klien, keluarga, masyarakat), perawatan diri, dan peningkatan kepercayaan diri. Kusnanto (2013), menuliskan jika praktik keperawatan memiliki lima area yang berhubungan dengan kesehatan, yakni; peningkatan kesehatan (health promotion), pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan (health maintenance), pemulihan kesehatan (health restoration), perawatan klien menjelang ajal.

9.3 Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Praktik Keperawatan

Terdapat enam unsur utama dalam pemilihan model praktik keperawatan, (Nursalam, 2022):

1. Visi dan Misi
Dasar pertama menentukan model praktik keperawatan terhadap klien dengan menyesuaikan pada visi dan misi unit perawatan bahkan visi misi rumah sakit tersebut.
2. Proses keperawatan
Proses keperawatan yang dapat diterapkan dalam pemberian asuhan kepada klien, di mana masing-masing unit atau rumah sakit memiliki karakteristik klien dan jenis perawat yang dibutuhkan yang berbeda-beda sesuai dengan karakteristik klien.
3. Efisiensi dan efektif
Penentuan model harus didasarkan pada efisiensi biaya dan efektivitas kelancaran pelaksanaan dari model yang dipilih agar dapat menghasilkan hasil yang sempurna.

4. Kepuasan customer
Pilihlah model praktik keperawatan yang dapat memberikan kepuasan terhadap customer dalam hal ini klien, keluarga dan masyarakat.
5. Kepuasan dan kinerja perawat
Pilihlah model praktik keperawatan yang dapat memberikan kepuasan dan meningkatkan kinerja perawat, bukan yang dapat menambah beban kerja bahkan memberikan dampak frustrasi bagi perawat dalam melaksanakan asuhan.
6. Komunikasi
Komunikasi secara profesional sesuai dengan peran, fungsi dan tanggung jawab perawat terhadap sesama perawat maupun terhadap tenaga kesehatan lainnya. Model praktik keperawatan diharapkan dapat mencapai hubungan interpersonal yang baik.

9.4 Karakteristik Hubungan Profesional

Hubungan profesional dapat memengaruhi model praktik keperawatan yang akan digunakan, terdapat beberapa karakteristik hubungan profesional tersebut, yakni;

1. Berorientasi kepada kebutuhan klien
2. Diarahkan kepada ketercapaian tujuan
3. Bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah klien
4. Memahami kondisi klien dengan berbagai keterbatasannya
5. Memberikan penilaian berdasarkan norma yang disepakati antara perawat dengan klien
6. Berkewajiban membantu klien untuk dapat mandiri secara bertahap
7. Membina hubungan berdasarkan rasa percaya
8. Bekerja dengan memegang prinsip etik keperawatan, salah satunya menjaga kerahasiaan kesehatan klien, menggunakan informasi hanya untuk kepentingan dan dengan persetujuan klien
9. Menggunakan komunikasi efektif dalam pemenuhan kebutuhan klien

9.5 Model-Model Praktik Keperawatan

9.5.1 Model Praktik Keperawatan Fungsional

Model praktik keperawatan dengan mempertimbangkan pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan. Penanggung jawab dalam model ini yakni perawat yang bertugas pada tindakan tertentu yang dilakukan tersebut. Seorang perawat dapat melakukan dua jenis atau lebih untuk semua klien yang ada di unit tersebut. Kurangnya perawat profesional, maka banyak direkrut tenaga pembantu perawat. Mereka dilatih minimal cara merawat, diajarkan tugas yang sederhana dan berulang seperti menyuntik, ukur tekanan darah, mengukur suhu, merawat luka dan sebagainya. Contoh: Perawat A tugasnya memberi pengobatan dan perawat B melakukan perawatan luka, dan Perawat C bertugas menyiapkan instrument atau melakukan kebutuhan dasar klien (Nursalam, 2022)



Gambar 9.1: Model Praktik Keperawatan Fungsional (Nursalam, 2022)

Keuntungan:

1. Menekankan pada efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik
2. Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga
3. Perawat senior melakukan tugas manajerial dan perawat junior melakukan perawatan langsung kepada klien
4. Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf atau peserta didik yang praktek untuk ketrampilan tertentu.

Kelemahan:

1. Tidak ada kepuasan bagi klien maupun perawat
2. Pelayanan keperawatan terpilah-pilah atau tidak memungkinkan untuk melakukan keperawatan secara holistik
3. Perawat hanya melihat asuhan keperawatan sebagai ketrampilan saja.

9.5.2 Model Praktik Keperawatan Tim

Model praktik keperawatan yang dilakukan oleh sekelompok perawat kepada sekelompok klien (2-3 tim per grup) yang dipimpin oleh perawat teregistrasi dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan dalam bidangnya. Penanggung jawab dalam model ini yakni ketua tim. Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh pimpinan kelompok atau Ketua Tim yang dapat menggunakan berbagai Teknik kepemimpinan, pentingnya komunikasi efektif untuk menjamin keberlanjutan rencana keperawatan. Selain itu Ketua Tim bertanggung jawab dalam mengarahkan anggotanya sebelum tugas dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan klien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila mengalami kesulitan. Model praktik keperawatan ini biasa digunakan dalam unit rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat. (Nursalam, 2022)



Gambar 9.2: Model Praktik Keperawatan Tim (Nursalam, 2022)

Keuntungan:

1. Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif
2. Memungkinkan pencapaian proses keperawatan
3. Konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim

4. Cara ini efektif untuk belajar
5. Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif.
6. Memberikan kepuasan pada anggota tim

Kelemahan:

1. Rapat tim memerlukan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim ditiadakan atau terburu-buru, sehingga dapat mengakibatkan komunikasi dan koordinasi antar anggota tim terganggu sehingga kelancaran tugas terhambat
2. Perawat yang belum trampil dan belum berpengalaman cenderung tergantung atau berlindung kepada anggota tim yang mampu atau ketua tim
3. Akuntabilitas dalam tim kabur
4. Kurang efektif jika pengaturan kurang baik

9.5.3 Model Praktik Keperawatan Kasus

Metode kasus adalah metode di mana perawat bertanggung jawab memberikan asuhan sesuai kebutuhan klien sat ia dinas, rasio satu perawat untuk satu klien. Klien dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa klien akan dirawat oleh perawat yang sama pada hari berikutnya. Penanggung jawab dalam model ini yakni perawat manajer. Pada model ini, perawat memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara menyeluruh sehingga mengetahui apa yang harus dilakukan terhadap klien dengan baik, sehingga klien merasa puas dan merasakan lebih aman karena mengetahui perawat yang bertanggung jawab atas dirinya. Dengan model ini, seluruh tenaga keperawatan dituntut mempunyai kualitas profesional dan membutuhkan jumlah tenaga keperawatan professional yang banyak. Model ini sangat sesuai digunakan di ruang isolasi atau ruang intensif misalnya ruang ICCU, ICU HCU, hemodialysis dan lain-lain. Model ini, asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan pandangan bahwa untuk penyelesaian kasus keperawatan secara tuntas berdasarkan berbagai sumber daya yang ada (Nursalam, 2022).



Gambar 9.3: Model Praktik Keperawatan Kasus (Nursalam, 2022)

Keuntungan:

1. Perawat lebih memahami kasus per kasus (keperawatan yang komprehensif)
2. Sistem evaluasi dari manajerial menjadi mudah
3. Memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas
4. kepuasan tugas secara keseluruhan dapat dicapai

Kelemahan:

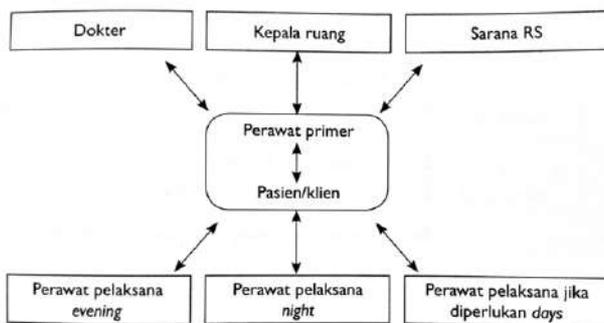
1. Belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab
2. Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama
3. beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.

9.5.4 Model Praktik Keperawatan Primer

Keperawatan primer adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan di mana perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan klien selama 24 jam/hari, sejak klien masuk sampai keluar rumah sakit. Model ini dapat mendorong praktik kemandirian perawat, terdapat kejelasan antara pembuat rencana dan pelaksana asuhan keperawatan. Terdapat keterkaitan yang sangat kuat dan terus-menerus anatar klien dengan perawat (Nursalam, 2022). Penanggung jawab dalam model ini yakni perawat primer (PP). Tanggung jawab meliputi pengkajian klien, perencanaan, Implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan dari sejak klien masuk rumah sakit hingga klien dinyatakan pulang, ini merupakan tugas utama PP yang

dibantu oleh perawat associate (PA). PP mengkoordinir semua kegiatan asuhan yang diberikan kepada klien dan mengkomunikasikannya dengan sesama perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Selain itu PP berperan sebagai pendidik kesehatan, advokator, pengambil keputusan dan kesinambungan dalam asuhan keperawatan (Sumijatun, 2017)

Keperawatan primer ini akan menciptakan kesempatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, di mana asuhan keperawatan berorientasi kepada klien. Pengkajian dan menyusun rencana asuhan keperawatan klien di bawah tanggung jawab perawat primer, dan perawat assosiet yang akan melaksanakan rencana asuhan keperawatan dalam tindakan keperawatan. Pada Model Asuhan Keperawatan Primer membutuhkan kualifikasi tertentu karena PP harus tenaga perawat profesional (Register Nurse) yang mengasuh klien mulai pengkajian, penentuan diagnosa, membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi. Dalam kegiatan implementasi PP dibantu oleh PA. Jadi peran PA adalah membantu saat pelaksanaan tindakan. PP akan mengasuh 4 – 6 klien/klien selama 24 jam (Maria Bakrie, 2017)



Gambar 9.4: Model Praktik Keperawatan Primer (Nursalam, 2022)

Keuntungan:

1. Otonomi perawat meningkat, karena motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat meningkat
2. Menjamin kontinuitas asuhan keperawatan dan holistik
3. Meningkatnya hubungan antara perawat dengan klien
4. Ada tanggung jawab dan tanggung gugat yang jelas
5. Metode ini mendukung pelayanan profesional

6. Terciptanya kolaborasi dengan baik

Kelemahan:

1. Biaya yang diperlukan mahal karena lebih banyak menggunakan perawat profesional
2. Perawat asisten, merasa tidak memiliki kewenangan sehingga dapat menimbulkan kesalahpahaman dalam berkomunikasi.
3. Perawat mungkin kurang menguasai kasus sehingga tidak dapat melakukan pengkajian dengan baik maupun Menyusun rencana perawatan dengan tepat.

9.5.5 Model Praktik Keperawatan Modular

Model praktik ini merupakan perpaduan antara model primer dengan model tim. Pengorganisasian pelayanan atau asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional yakni PP dan non profesional yakni PA untuk sekelompok klien dari mulai masuk rumah sakit sampai pulang, disebut tanggung jawab total atau keseluruhan. Untuk metode ini diperlukan perawat yang berpengetahuan, trampil dan memiliki kemampuan memimpin. Idealnya 2-3 perawat untuk 8-12 klien (Maria Bakrie, 2017). Semua model di atas dapat digunakan untuk mengorganisasikan pelayanan/asuhan keperawatan sesuai situasi dan kondisi ruangan, jumlah perawat serta kemampuan perawat yang ada. Jumlah perawat yang ada harus seimbang sesuai dengan jumlah klien. Selain itu kategori pendidikan tenaga keperawatan yang ada perlu diperhatikan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang akan dibebankan (Dedi, 2020).

Aktivitas tim sebagai suatu kesatuan mempunyai pandangan yang holistik terhadap setiap kebutuhan klien, asuhan diberikan semenjak klien masuk rumah sakit sampai klien pulang. Keuntungan pada metode modular, mutu pelayanan keperawatan meningkat karena klien mendapat pelayanan keperawatan secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan perawatan klien. Tidak banyak tenaga perawat register (Ners) yang dimanfaatkan sehingga biaya menjadi lebih efektif. Sekalipun dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode ini dilakukan oleh dua hingga tiga perawat, tanggung jawab paling besar tetap ada pada perawat profesional. Perawat profesional memiliki kewajiban untuk membimbing dan melatih non profesional. Apabila perawat profesional sebagai ketua tim dalam

keperawatan modular ini tidak masuk, tugas dan tanggung jawab dapat digantikan oleh perawat professional lainnya yang berperan sebagai ketua tim.



Gambar 9.5: Model Praktik Keperawatan Modular (Maria Bakrie, 2017)

Keuntungan:

1. Tim mendukung pengembangan dan produktivitas kelompok
2. Asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif
3. Membaiknya kontinuitas dan koordinasi asuhan
4. Meningkatkan kepuasan klien
5. Biaya efektif

Kelemahan:

1. Sedikit perawat register yang digunakan untuk mengatasi kondisi klien yang tidak diharapkan.
2. Diperlukan pengalaman dan keterampilan ketua tim.
3. Diperlukan campuran keterampilan yang tepat.

9.6 Empat Pilar MPKP

9.6.1 Pilar 1 dengan pendekatan manajemen keperawatan

Perencanaan; perumusan visi, misi, filosofi, kebijakan dan rencana jangka pendek, harian, bulanan, tahunan); pengorganisasian dengan menyusun

struktur organisasi, jadwal dinas maupun daftar alokasi klien; pengarahan terhadap kegiatan delegasi, supervisi, menciptakan motivasi, manajemen waktu, komunikasi efektif sepanjang kegiatan pelayanan keperawatan kepada klien.

9.6.2 Pilar 2 dengan sistem penghargaan SDM

Pada pilar ini berfokus pada SDM; proses rekrutmen, seleksi kerja, orientasi, penilaian kerja dan staf perawat.

9.6.3 Pilar 3 dengan pendekatan hubungan profesional

Pilar tiga ini yakni hubungan profesional baik internal maupun eksternal. Hubungan profesional internal, yakni antar tenaga kesehatan, antar tenaga perawat itu sendiri. Hubungan profesional eksternal, yakni hubungan antara pemberi dan penerima pelayanan (klien).

9.6.4 Pilar 4 dengan pendekatan manajemen asuhan keperawatan

Pilar empat fokus pada pemberian asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan.

9.7 Kegiatan dalam MPKP

Kegiatan perawat di ruangan model asuhan keperawatan dengan model tim (Ali Maghfuri, 2015)

9.7.1 Timbang Terima atau Operan Klien

Timbang terima atau operan merupakan kegiatan yang rutin sebagai bentuk serah terima klien kelolaan antara satu shift dengan shift lainnya sebelum dan sesudah perawat melaksanakan tugasnya. Timbang terima dilakukan untuk mengetahui kondisi klien dengan cermat sesuai kondisi klien terkini. Dalam operan akan disampaikan beberapa informasi penting tentang tindakan yang akan dan telah dilakukan, serta dapat memberikan suatu kejelasan yang lebih luas yang tak dapat diuraikan secara tertulis dalam kegiatan penulisan laporan.

Kegiatan operan sebaiknya dilakukan setelah perawat membaca laporan shift jaga sebelumnya atau resume laporan, sehingga saat kegiatan operan dilakukan perawat telah mempunyai gambaran tentang kondisi klien yang dioperkan. Kegiatan operan klien sebaiknya dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab langsung dalam memberikan asuhan keperawatan kepada perawat yang akan bertanggung jawab memberikan asuhan pada *shift* selanjutnya. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari kealpaan atau kekeliruan dalam kegiatan layanan yang akan diberikan pada klien. Dalam metode penugasan tim, operan dapat juga dilakukan oleh ketua tim kepada ketua tim yang dinas berikutnya.

Kegiatan operan sebaiknya diikuti kepala ruangan, ketua tim dan seluruh perawat yang bertugas saat itu dan yang akan bertugas. Hal ini dimaksudkan untuk dapat memberikan informasi yang jelas (riil) tentang situasi dan kondisi klien dan memudahkan menerima limpahan tugas, serta sebagai bahan masukan saat melaksanakan pre konferens. Selain kegiatan timbang terima klien, umumnya juga diikuti dengan timbang terima barang/alat obat-obatan, uang dan sebagainya. Pada saat kegiatan ini yang perlu disampaikan adalah jumlah dan kondisi barang atau alat pada saat operan dilaksanakan. Agar kegiatan timbang terima dapat dipertanggungjawabkan harus ada bukti tertulis yang ditandatangani oleh kedua belah pihak.

9.7.2 Pre Conference

Pre Conferens merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk mempersiapkan aktivitas pelayanan pada awal shift dinas. Pada kegiatan ini sangat efektif untuk membahas rencana kegiatan yang diperlukan umpan balik atau tanggapan yang bersifat khusus, Maksudnya tanggapan tersebut kurang etis bila disampaikan di depan klien saat dilaksanakan timbang terima. Pada saat kegiatan pre konferens seluruh peserta dapat secara bebas menyampaikan pendapatnya. Kegiatan ini sebaiknya dilakukan secara singkat sehingga tidak mengganggu kelancaran pelayanan keperawatan. Kegiatan ini dibawah tanggung jawab kepala ruangan atau ketua tim yang telah ditentukan.

9.7.3 Middle Conference

Middle konferens merupakan kegiatan untuk mendiskusikan kegiatan yang yang telah dilakukan ditengah waktu dinas, kegiatan ini dimaksudkan agar didapatkan evaluasi lebih awal dari asuhan keperawatan yang sedang dilakukan dan memperbaiki perencanaan bila diperlukan. Kegiatan ini

biasanya dilakukan secara singkat disela-sela kegiatan yang diikuti oleh ketua tim dan anggotanya.

9.7.4 Post Conference

Pada tahap ini, kegiatan berfokus pada pembahasan dari tindakan yang telah dilaksanakan serta rencana program selanjutnya. Umumnya kegiatan ini dilakukan sebelum kegiatan timbang terima pada shif berikutnya. Kegiatan ini diikuti oleh seluruh perawat dan kepala ruangan sebagai penanggung jawab.

9.7.5 Pelaksanaan Kegiatan Asuhan

Pada tahap kegiatan ini, perawat melakukan kegiatan asuhan keperawatan mulai pengkajian, perencanaan, pelaksanaan sampai kegiatan evaluasi. Pada tahap ini ketua tim atau kepala ruangan dapat melaksanakan kegiatan manajerialnya, seperti supervisi terhadap pelaksanaan asuhan, koordinasi dengan tim kesehatan lainnya. Selanjutnya akan dibahas salah satu dari metode penugasan yang ada, pada kesempatan kali ini dibahas asuhan keperawatan tim, mengingat metode ini banyak diterapkan di beberapa rumah sakit, khususnya rumah sakit di daerah.

9.8 Karakteristik Praktik Keperawatan Profesional

Terdapat 6 karakteristik praktik keperawatan professional (Ariga, 2022):

1. Otoritas
Seorang perawat memiliki kewenangan sesuai keahliannya. Hal ini akan memengaruhi proses asuhan melalui peran professional.
2. Akuntabilitas
Seorang perawat memiliki tanggung jawab kepada klien, diri sendiri, dan profesi, serta memiliki tanggung gugat sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Mengambil keputusan yang berhubungan dengan asuhan.

3. **Pengambilan Keputusan yang mandiri**
Seorang perawat sesuai dengan kewenangannya dapat mengambil keputusan berdasarkan pengetahuan yang kukuh dan menggunakan pendekatan ilmiah. Hal ini diharapkan dapat menyelesaikan masalah klien.
4. **Kolaborasi**
Seorang perawat dapat melakukan kerjasama, baik lintas sektoral maupun lintas program, dengan mengadakan hubungan kerja terhadap berbagai disiplin ilmu. Hal ini dilakukan untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang sedang dialami klien.
5. **Pembelaan atau dukungan**
Seorang perawat dapat bertindak untuk memenuhi hak klien dalam mendapatkan asuhan keperawatan yang bermutu dengan mengadakan intervensi untuk kepentingan klien dalam mengatasi masalah kesehatannya. Perawat juga dapat berhadapan dengan pihak-pihak lainnya yang lebih luas.
6. **Memfasilitasi**
Seorang perawat memiliki kemampuan memberdayakan klien dalam upaya meningkatkan derajat kesehatannya dengan memaksimalkan potensi dari organisasi maupun dari sistem klien dengan keluarga dalam asuhan keperawatan.

Bab 10

Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

10.1 Konsep Praktik Berbasis Bukti

Dalam beberapa dekade tahun terakhir, perawat telah menjadi bagian dari suatu gerakan perubahan. Arah pendidikan keperawatan sejak tahun 1960-an telah menetapkan keperawatan sebagai ilmu terapan dan membawa profesi ini kepada era pengetahuan. Pada sekitar tahun 1990-an, pengetahuan baru saja dipandang tidak cukup untuk memengaruhi keluaran pasien yang lebih baik. Diperlukan adanya perubahan pengetahuan baru tersebut kedalam bentuk yang lebih berguna secara klinis dan dapat diterapkan secara efektif dalam konteks sistim keperawatan dan berdampak pada kesehatan (Stevens, 2013).

Praktik berbasis bukti merupakan suatu pendekatan pemecahan masalah pada pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan bukti terbaik dari suatu penelitian dengan keahlian klinis dan preferensi serta nilai-nilai pasien untuk membuat keputusan-keputusan terbaik mengenai perawatan pasien (Melnik & Fineout-Overholt, 2023). Praktik keperawatan berbasis bukti telah digambarkan sebagai suatu pendekatan pemecahan masalah yang ideal dan juga praktik berdasarkan bukti terbaik yang dihasilkan dari proyek penelitian yang didesain dengan baik (Abuadas, 2021).

Evidence (bukti) merupakan suatu kumpulan fakta yang diyakini benar. Bukti eksternal didapatkan melalui penelitian yang rigor (misalnya randomized controlled trials [RCTs] atau studi prediksi) dan ditujukan untuk digeneralisasikan dan digunakan pada setting yang lain. Pertanyaan penting ketika mengimplementasikan bukti eksternal ini adalah apakah klinisi dapat mencapai hasil yang sama dengan pasien-pasien mereka seperti yang dicapai dalam studi-studi yang mereka review. Dengan kata lain, apakah temuan penelitian dapat ditranslasikan ke setting klinikal yang nyata dengan hasil luaran yang sama.

Sebaliknya, bukti internal didapatkan melalui inisiasi praktik seperti QI. Peneliti menghasilkan pengetahuan baru melalui penelitian yang rigor dan EBP memberikan klinisi proses dan alat untuk mentranslasikan bukti eksternal kedalam praktik klinik dan mengintegrasikannya dengan bukti internal yang dikumpulkan dari pasien dalam suatu rumah sakit atau sistem kesehatan untuk meningkatkan perawatan kesehatan, pasien, dan luaran biaya (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Bentuk keperawatan berbasis bukti penting untuk perawat dan juga profesi keperawatan karena praktik ini memberikan beberapa manfaat yang luas seperti membantu perawat dalam membangun badan ilmu pengetahuan, meminimalkan gap antara pendidikan, penelitian, dan praktik keperawatan, menstandarisasi praktik keperawatan, meningkatkan keluaran klinis pasien, meningkatkan kualitas keperawatan, dan menurunkan biaya perawatan kesehatan (Abu-Baker et al., 2021).

Beberapa studi penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa aplikasi pendekatan berbasis bukti merupakan suatu aktivitas yang kompleks dan implementasi praktik berbasis bukti lambat dan tidak konsisten (Abuadas, 2021). Untuk Indonesia, penerapan praktik keperawatan berbasis bukti untuk saat masih belum optimal atau masih terbilang rendah walaupun cukup banyak hasil penelitian keperawatan yang sudah dihasilkan baik dari insitusi pendidikan maupun pelayanan (Irmayanti, Malini & Murni, 2019).

10.2 Perbedaan Evidence-based Practice, Research, dan Quality Improvement

Praktik berbasis bukti (Evidence-Based Practice [EBP]) berbeda dengan research (penelitian) maupun *Quality Improvement* (QI) atau peningkatan kualitas. Penelitian menggunakan proses keilmuan yang rigor (ketat) untuk menghasilkan pengetahuan yang baru. QI atau peningkatan kualitas merupakan suatu pendekatan sistematis untuk memahami proses-proses menuju luaran (outcome) pasien yang diinginkan. Pada umumnya QI menggunakan model *the Plan Do Study Act* (PDSA) untuk mencoba pengimplementasian proses-proses baru untuk mengevaluasi bagaimana pengaruhnya terhadap luaran dalam sistem perawatan kesehatan.

Adapun EBP menggunakan proses dengan tujuh langkah yang meliputi suatu kombinasi rigorous critical appraisal dan sintesis suatu *Body Of Evidence* (BOE), suatu keahlian klinisi, dan preferensi atau nilai-nilai pasien dan keluarga, untuk membuat suatu keputusan yang terbaik mengenai perawatan pasien (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Berikut ini adalah deskripsi singkat tujuh langkah dalam EBP (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023) dan akan lebih dijelaskan lebih detil dalam bagian selanjutnya:

1. Menumbuhkan suatu semangat inkuiri (bertanya) dalam suatu lingkungan dan budaya EBP
2. Menanyakan pertanyaan klinikal dalam format PICOT
3. Mencari secara sistematis dan kumpulkan bukti-bukti terbaik dan paling relevan
4. Menilai (appraise) bukti-bukti secara kritis
5. Mengintegrasikan bukti terbaik dengan keahlian klinisi dan preferensi bernilai dari pasien/keluarga untuk membuat keputusan klinikal terbaik
6. Mengevaluasi luaran dari keputusan praktik atau perubahan berdasarkan bukti
7. Mendiseminasikan luaran

10.3 Tahapan Praktik Berbasis Bukti

Praktik berbasis bukti atau yang lebih dikenal dengan istilah EBP memberikan kontribusi dalam peningkatan perawatan dan luaran pasien. Ada tujuh tahapan dalam EBP di mana tahap pertama disebut sebagai tahap nol karena tahapan ini merupakan fondasi EBP, sehingga penomoran tahapannya akan dimulai dari angka nol (0) sampai dengan angka enam (Melyk et al., 2010).

1. Langkah 0 (Nol)/Awal: Menumbuhkan suatu semangat bertanya (inkuiri).

Dalam tahapan ini, perawat sudah mulai menanyakan sesuatu hal yang terkait dengan perawatan. Perawat mulai memiliki rasa ingin tahu akan sesuatu hal yang perlu dipelajari lebih mendalam. Contoh pertanyaan misalnya pada pasien dengan trauma kepala, bagaimana posisi supine memengaruhi tekanan intrakranial dibandingkan dengan meninggikan kepala tempat tidur 30°. Tanpa semangat inkuiri seperti ini, tahapan selanjutnya dalam EBP tidak mungkin terjadi.

2. Langkah pertama: Menanyakan pertanyaan-pertanyaan klinikal dalam format PICOT.

Inkuiri atau pertanyaan dalam format ini memperhitungkan populasi pasien (P), intervensi atau area peminatan (I), kelompok pembanding atau intervensi (C), hasil luaran/*outcome* (O), dan waktu/*time* (T). Format PICOT memberikan suatu kerangka kerja yang efisien untuk pencarian database elektronik dalam menemukan artikel yang relevan untuk pertanyaan klinikal tersebut.

Salah satu contoh pertanyaan dalam format PICOT adalah sebagai berikut: "Di rumah sakit perawatan akut (populasi pasien-P), bagaimana adanya tim reaksi cepat (intervensi-I) dibandingkan dengan tidak adanya tim reaksi cepat (pembanding-C) memengaruhi jumlah kejadian henti jantung (hasil luaran-O) selama periode tiga bulan (waktu-T)?"

3. Langkah kedua: Mencari bukti terbaik.

Penggunaan pertanyaan dalam format PICOT akan membuat pencarian bukti menjadi lebih efisien. Format PICOT membantu

mengidentifikasi kata-kata kunci atau frase kunci secara berturut-turut dan kemudian digabungkan.

Untuk contoh diatas, kata kuncinya adalah "tim reaksi cepat", diikuti dengan "henti jantung", dan selanjutnya dapat diikuti dengan kata-kata lainnya dalam pertanyaan PICOT tersebut. Langkah akhir dalam pencarian adalah menggabungkan hasil pencarian dan mengefektifkan pencarian dengan kriteria tertentu misalnya "subjek manusia" atau "bahasa Indonesia" untuk membatasi hasil pencarian final.

4. Langkah ketiga: Menilai bukti secara kritis.

Setelah mendapatkan artikel-artikel terpilih untuk direview, artikel tersebut dinilai untuk menentukan mana yang paling relevan, valid, reliabel, dan dapat diandalkan, serta berlaku untuk pertanyaan klinikal. Beberapa pertanyaan yang dapat membantu dalam evaluasi nilai suatu studi, misalnya apakah hasil studinya valid. Validitas studi berpusat pada apakah metode penelitiannya cukup rigor/ketat untuk membuat temuan sedekat mungkin dengan kebenaran. Misalnya apakah peneliti menggunakan tehnik random, apakah menggunakan instrumen penelitian yang valid dan reliabel.

Pertanyaan berikutnya dalam menilai bukti adalah apa yang menjadi hasil studinya dan apakah hasil tersebut penting. Untuk studi intervensi, pertanyaan reliabilitas studi ini menjawab apakah intervensinya bekerja dan berdampak pada hasil, dan bagaimana kemungkinan dalam memperoleh hasil yang sama pada setting praktik klinisi lainnya yang serupa. Untuk studi kualitatif, hal ini termasuk dalam menilai pendekatan penelitian sesuai dengan tujuan studi serta menilai aspek penelitian lainnya seperti apakah hasilnya dapat dikonfirmasi.

Pertanyaan lainnya yang dapat digunakan dalam penilaian bukti yaitu apakah hasil studinya membantu saya (dalam hal ini peneliti) dalam perawatan pasien saya (dalam hal ini pasien si peneliti). Pertanyaan terkait penerapan studi ini mencakup pertimbangan klinikal seperti apakah subjek dalam studinya mirip dengan pasien si peneliti saat ini,

apakah manfaatnya lebih besar daripada risiko, feasibilitas atau kelayakan, keefektifan biaya, dan preferensi serta nilai-nilai pasien.

Setelah melakukan penilaian setiap studi yang didapatkan, langkah selanjutnya adalah mensintesis studi-studi tersebut untuk menentukan apakah mereka menuju pada kesimpulan yang serupa, yang kemudian mendukung suatu keputusan atau perubahan EBP.

5. Langkah keempat: Mengintegrasikan bukti dengan keahlian klinikal dan preferensi dan nilai-nilai pasien.

Bukti penelitian saja tidak cukup untuk membenarkan suatu perubahan dalam praktik keperawatan. Keahlian klinikal, berdasarkan pengkajian pasien, data hasil laboratorium, dan data dari luaran program-program manajemen, begitu pula dengan preferensi dan nilai-nilai dari pasien merupakan komponen-komponen penting dalam EBP. Tidak ada rumus ajaib untuk bagaimana menimbang setiap elemen tersebut, implementasi EBP sangat dipengaruhi oleh variabel klinis dan institusi.

Contoh sederhana adalah adanya bukti yang kuat bahwa insiden depresi dapat menurun pada pasien dengan luka bakar apabila pasien mengikuti sesi terapi tertentu sebelum keluar dari rumah sakit. Perawat ingin mengimplementasikannya, namun pihak rumah sakit menyatakan ada kendala dalam anggaran untuk hal tersebut. Hal seperti ini dapat menghambat dalam implementasi suatu EBP.

6. Langkah kelima: Mengevaluasi luaran keputusan praktik atau perubahan berdasarkan pada bukti.

Penting untuk memonitor dan mengevaluasi perubahan apapun dalam hasil luaran setelah pengimplementasian EBP agar dampak positif dapat didukung dan dampak negatif dapat diperbaiki. Intervensi berdasarkan studi percobaan yang rigor belum tentu memberikan dampak yang sama. Pemantauan efek terhadap suatu perubahan EBP pada kualitas dan luaran keperawatan dapat membantu klinisi menemukan kekurangan dalam implementasi dan mengidentifikasi lebih tepat pasien mana yang paling mendapatkan manfaat. Pemantauan dapat membantu menemukan penyebab mengapa hasil

yang didapatkan berbeda dari apa yang dilaporkan dalam kajian literatur penelitian.

7. Langkah keenam: Mendiseminasikan hasil EBP.

Klinisi mampu mendapatkan hasil yang sangat baik untuk pasien dengan adanya EBP, hanya seringkali pengalaman keberhasilan ini tidak dibagikan kepada rekan kerja ataupun organisasi perawatan kesehatan. Hal ini dapat mengakibatkan adanya duplikasi upaya yang tidak diperlukan. Beberapa cara untuk mendiseminasikan atau menyebarkan inisiatif perubahan yang sukses adalah melalui presentasi di dalam institusi internal, di tingkat regional, konferensi nasional, publikasi jurnal, dan juga buletin profesional.

10.4 Model Praktik Berbasis Bukti

Perawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya telah mengembangkan beberapa model EBP yang membantu dalam pengimplementasian EBP. Model-model ini berfungsi sebagai panduan yang mengintegrasikan penelitian terkini untuk menciptakan praktik perawatan pasien yang terbaik. Selain membantu perawat dalam mengintegrasikan bukti yang kredibel kedalam praktik perawatan, model-model EBP ini dapat membantu memastikan implementasi proyek EBP secara menyeluruh dan penggunaan waktu seoptimal mungkin, termasuk juga penggunaan sumber daya yang ada.

Harus dipahami bahwa tidak ada satu model EBP tunggal yang memenuhi kebutuhan setiap rumah sakit ataupun setiap kondisi pasien. Perawat perlu memahami bagaimana mengidentifikasi model EBP yang paling sesuai dengan kebutuhan EBP masing-masing. Dibawah ini diberikan penjelasan singkat dari beberapa model EBP yang ada (Christenbery, 2017).

10.4.1 Model Iowa

Model Iowa berfokus pada seluruh sistem perawatan kesehatan meliputi pasien, praktisi, infrastruktur, untuk mengimplementasikan, dan memandu keputusan praktik berdasarkan penelitian dan bukti terbaik yang tersedia. Model ini digunakan secara luas di Amerika Serikat dan dikembangkan sekitar

27 tahun yang lalu dan telah melewati review dan revisi yang signifikan pada tahun 2017.

10.4.2 Model Stetler

Model Stetler dikembangkan pertama kali pada tahun 1976 dan diperbarui pada tahun 1994 dan pada tahun 2001. Model ini memungkinkan praktisi untuk menilai bagaimana temuan penelitian dan bukti terkait lainnya diimplementasikan dalam praktik klinis. Model ini mengkaji bagaimana menggunakan bukti untuk menciptakan perubahan yang mendorong perawatan yang berpusat pada pasien.

10.4.3 Model Penggunaan Riset Ottawa

Model Ottawa adalah model interaktif yang menggambarkan penelitian sebagai suatu proses dinamis dari keputusan yang dibuat dan tindakan yang diambil oleh pemangku kepentingan yang saling berhubungan.

10.4.4 Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) Framework

Kerangka kerja PARiHS menyediakan suatu metode untuk mengimplementasikan penelitian kedalam praktik dengan mengeksplorasi interaksi-interaksi antara tiga elemen kunci yaitu bukti, konteks, dan fasilitas.

10.4.5 ACE (Academic Center for Evidence-based practice) Star Model of Knowledge Transformation

Sebagai kerangka kerja, model ACE Star membantu mengintegrasikan bukti terbaik secara sistematis kedalam praktik. Model ini mencakup lima tahapan utama yang menggambarkan bentuk-bentuk pengetahuan dalam urutan relatif. Penelitian bergerak melalui siklus yang digabungkan dengan bentuk lain dari pengetahuan sebelum interaksi kedalam praktik terjadi.

10.4.6 Advancing Research and Clinical practice through Close Coordination (ARCC)

ARCC meningkatkan penggunaan EBP di antara perawat praktisi tingkat lanjut dan juga perawat yang memberikan perawatan secara langsung. Model

ini juga dapat mengidentifikasi suatu jaringan pemangku kepentingan yang mendukung proyek EBP. Selain itu, model ini menekankan kesiapan organisasi pelayanan kesehatan dan identifikasi fasilitas dan juga hambatan-hambatan.

10.4.7 Model Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice (JHNEBP)

Model JHNEBP menerapkan suatu pendekatan pemecahan masalah untuk pengambilan keputusan klinis. Model ini dirancang untuk memenuhi kebutuhan EBP dari perawat pemberi pelayanan secara langsung dengan menggunakan suatu proses tiga langkah yang tidak rumit, yang dikenal sebagai PET meliputi: Practice question atau pertanyaan praktik, Evidence atau bukti, dan Translation atau terjemahan. Practice question yakni pengidentifikasian pertanyaan EBP menggunakan suatu pendekatan tim. Evidence dalam hal ini adalah tim mencari, menilai, memberikan nilai kekuatan bukti, dan menjelaskan kualitas bukti, serta membuat suatu rekomendasi praktik berdasarkan kekuatan bukti. Pada tahap translation, dilakukan penentuan feasibilitas atau kelayakan, penyusunan rencana aksi, dan pengimplementasian serta evaluasi perubahan. Temuan disajikan kepada organisasi kesehatan dan komunitas keperawatan yang lebih luas.

Model ini memberikan penekanan pada penggunaan individu. Kit alat yang sudah dikembangkan dengan baik memberikan panduan pengembangan pertanyaan, skala penilaian bukti, dan panduan penilaian untuk berbagai bentuk bukti kepada perawat.

10.4.8 Kerangka Kerja Proses Knowledge-To-Action (KTA)

Model KTA merupakan suatu model penciptaan pengetahuan dan integrasi pengetahuan melalui beberapa tahapan yang penting. Model ini dapat diadaptasikan dengan baik untuk penggunaan secara individu, tim, maupun organisasi perawatan kesehatan. Model ini juga didasarkan pada teori tindakan yang terencana, yang menjadikan model ini dapat disesuaikan dengan berbagai pengaturan. Selain itu, model ini juga memecah proses pengetahuan-ke-tindakan menjadi bagian-bagian yang dapat dikelola.

10.5 Model Praktik Berbasis Bukti

Hasil penelitian Speroni et al. (2020) menunjukkan bahwa lebih dari 90% pemimpin penelitian keperawatan di Amerika menyatakan bahwa rumah sakit mereka telah menggunakan model EBP dan menerapkan temuannya ke dalam praktik. Adapun model yang paling sering digunakan adalah model Iowa, model *Johns Hopkins Nursing Evidence-based Practice*, dan model *Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration*. Model-model EBP paling sering digunakan untuk pendidikan dan pelatihan, program residensi perawat, dan penelitian. Temuan EBP diimplementasikan melalui proses kebijakan dan prosedur, struktur tata kelola bersama, dan proses EBP.

Praktik berbasis bukti atau EBP mengarahkan praktik pada hasil pasien yang lebih baik. Oleh karena itu, EBP merupakan suatu aspek penting dalam asuhan keperawatan. EBP didorong secara luas pada tingkat organisasi, nasional, dan internasional. Perawat perlu memahami pengetahuan kontekstual penting tentang EBP untuk dapat menghasilkan bukti terbaik kedalam praktik. Semua perawat, khususnya pemimpin dalam keperawatan, bertanggungjawab untuk mengevaluasi EBP dan bagaimana temuan penelitian keperawatan diimplementasikan dan ditranslasikan kedalam praktik.

Beberapa faktor kesuksesan pengimplementasian EBP dalam perawatan kesehatan meliputi kompetensi dan pemahaman perawat mengenai prinsip-prinsip dasar EBP. Kesempatan untuk perbaikan dan peningkatan harus diberikan kepada staf perawat sehingga mereka dapat mengambil bagian dalam tugas pengembangan seperti sintesis bukti dan pengimplementasian proyek yang memfasilitasi EBP, serta meningkatkan praktik dan kegiatan lain yang memengaruhi luaran pasien.

World Health Organization (2017), menyampaikan ada 10 faktor kesuksesan pengimplementasian dan untuk mempertahankan infrastruktur EBP. Enam di antaranya terkait dengan manajemen, meliputi budaya organisasi, tata kelola, mentor, umpan balik hasil, kepemimpinan yang terlihat dan mendukung, serta evaluasi berkelanjutan. Kesuksesan infrastruktur EBP meliputi adanya sumber perpustakaan, pustakawan klinis, alat untuk diseminasi, kerjasama multidisiplin dan program pendidikan.

Bab 11

Sistem Pendidikan Keperawatan

11.1 Pendahuluan

Keperawatan memiliki esensi yang sangat luas karena menyentuh hampir seluruh segmen manusia dan kemanusiaan sebagai dampak status kesehatan yang dialami baik aktual maupun potensial. Keperawatan harus mampu memandang manusia secara utuh dan unik, selain itu keperawatan harus memiliki kemampuan dalam menerapkan ilmu dan teknologi yang kompleks sebagai upaya memenuhi kebutuhan pasien/individu. Keperawatan sendiri merupakan sebuah profesi yang memiliki dasar pendidikan yang kuat dengan “body of knowledge” yang jelas sehingga dapat dikembangkan setinggi-tingginya. Dengan demikian profesi keperawatan akan dapat berpartisipasi aktif dalam Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia dalam upaya memajukan pelayanan kesehatan di tengah masyarakat yang pada akhirnya juga akan meningkatkan profesionalisme keperawatan. Untuk mencapai semua ini maka diperlukan sistem pendidikan keperawatan yang diharapkan mampu mencetak sumber daya manusia yaitu tenaga kesehatan (perawat) yang profesional. Untuk memenuhi sumber daya keperawatan yang berkualitas maka institusi pendidikan keperawatan memiliki peran sangat penting dalam

menghasilkan lulusan yang berkualitas dan memenuhi standar yang ditetapkan.

11.2 Ketentuan Umum/Terminologi Pada Pendidikan Keperawatan

Beberapa ketentuan umum/terminologi pada naskah akademik pendidikan keperawatan sebagai berikut:

1. Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan/asuhan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan/asuhan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.
2. Ilmu keperawatan adalah ilmu yang mempelajari pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Ilmu keperawatan merupakan sintesis dari ilmu biomedik, psikologi, sosial, perilaku, antropologi, dan trans budaya. Bidang garapan dan fenomena yang menjadi objek studi ilmu keperawatan adalah penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (bio-psiko-sosial-kultural dan spiritual) mulai dari tingkat individu utuh mencakup seluruh siklus kehidupan, yang juga tercerminkan pada tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pada tingkat sistem organ fungsional sampai molekuler, sampai pada tingkat masyarakat.
3. Pendidikan keperawatan adalah proses pendidikan yang diselenggarakan di Perguruan Tinggi untuk menghasilkan berbagai lulusan Ahli Madya Keperawatan, Ners, Magister Keperawatan, Ners Spesialis, dan Doktor Keperawatan.
4. Jenis pendidikan perawat adalah pendidikan akademik, vokasi, dan profesi. Pendidikan akademik merupakan pendidikan yang diarahkan terutama pada penguasaan ilmu pengetahuan. Pendidikan vokasi merupakan pendidikan yang diarahkan terutama pada kesiapan penerapan keahlian tertentu sebagai perawat. Pendidikan profesi

merupakan pendidikan yang diarahkan untuk mencapai kompetensi profesi keperawatan.

5. Peserta didik pendidikan keperawatan yang selanjutnya disebut mahasiswa keperawatan adalah seseorang yang telah terdaftar dan mengikuti kegiatan akademik profesional di Perguruan Tinggi.
6. Pelayanan profesi adalah pelayanan keperawatan professional yang menggunakan metode ilmiah untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Diberikan secara holistik dan komprehensif meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, spiritual, dan kultural secara manusiawi dan bersifat caring.
7. Perawat adalah seseorang yang lulus pendidikan tinggi Keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah RI sesuai dengan peraturan perundangan serta teregistrasi.
8. Perawat Ahli Madya adalah Perawat yang telah menyelesaikan pendidikan jenjang Diploma Tiga (D III) Keperawatan.
9. Ners adalah Perawat profesional yang telah menyelesaikan pendidikan profesi dalam bidang keperawatan umum dan memiliki kemampuan sebagai perawat profesional jenjang pertama (first professional degree).
10. Magister Keperawatan adalah Perawat profesional jenjang pertama (first professional degree) yang telah menyelesaikan pendidikan Magister pada program Magister Keperawatan.
11. Ners spesialis adalah Perawat yang telah menyelesaikan pendidikan Spesialis Keperawatan
12. Doktor Keperawatan adalah Perawat profesional yang telah menyelesaikan pendidikan doktor keperawatan.
13. Dosen adalah pendidik profesional dan ilmuwan dengan tugas utama memfasilitasi, mengembangkan, dan menyebarkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan.

14. Standar pendidikan keperawatan adalah kriteria minimal komponen pendidikan yang harus dimiliki oleh institusi pendidikan tinggi keperawatan yang terdiri atas standar pendidikan profesi keperawatan.
15. Standar kompetensi adalah kompetensi minimal yang harus dicapai dalam pendidikan keperawatan yang mencakup pengetahuan, sikap, dan keterampilan.
16. Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas di bidang pekerjaan tertentu. Kompetensi terdiri atas kompetensi utama, kompetensi pendukung, kompetensi lain yang bersifat khusus dan gayut dengan kompetensi utama (SK Mendiknas No. 045/U/2002). Elemen-elemen kompetensi terdiri atas a) Landasan kepribadian, b) Penguasaan ilmu dan keterampilan, c) Kemampuan berkarya, d) Sikap dan perilaku dalam berkarya menurut tingkat keahlian berdasarkan ilmu dan keterampilan yang dikuasai, dan e) Pemahaman kaidah berkehidupan bermasyarakat sesuai dengan pilihan keahlian dalam berkarya.
17. Kompetensi perawat Indonesia terdiri dari kompetensi perawat praktisi (perawat ahli madya dan ners spesialis), kompetensi perawat manajer dan kompetensi perawat peneliti
18. Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap kemampuan seorang perawat untuk menjalankan praktik keperawatan di seluruh Indonesia setelah lulus uji kompetensi.
19. Institusi Pendidikan Tinggi Keperawatan adalah institusi yang menyelenggarakan pendidikan keperawatan dalam bentuk fakultas, jurusan atau program studi yang merupakan bagian dari pendidikan tinggi/universitas/sekolah tinggi/Institut dan Akademi.
20. Kurikulum pendidikan keperawatan yang selanjutnya disebut kurikulum adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai tujuan, isi, dan bahan belajar, serta cara yang digunakan sebagai

pedoman penyelenggaraan kegiatan pembelajaran untuk mencapai tujuan pendidikan keperawatan.

21. Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia Bidang Keperawatan adalah penjenjangan capaian pembelajaran keperawatan yang menyetarakan luaran pendidikan formal, nonformal, informal, atau sesuai dengan struktur pekerjaan keperawatan.
22. Uji Kompetensi suatu proses untuk mengukur pengetahuan, keterampilan dan sikap tenaga perawat sesuai dengan standar profesi perawat.
23. Surat Tanda Registrasi adalah yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan lembaga yang berwenang.
24. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi perawat dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/pekerjaan profesinya

11.3 Perkembangan Pendidikan Keperawatan di Indonesia

Pengembangan pendidikan Keperawatan saat ini diarahkan sejalan dengan perkembangan IPTEK, perubahan demografik kependudukan di Indonesia, arus global dan masalah kesehatan yang kompleks serta tuntutan akan layanan kesehatan yang paripurna dan berkualitas. Lokakarya Nasional Keperawatan Indonesia 1983 merupakan momentum penting bagi perkembangan keperawatan di Indonesia yang menetapkan Keperawatan sebagai profesi dan mengamanahkan agar semua kegiatan pengembangan keperawatan diarahkan kepada pemenuhan kriteria profesi, antara lain: memiliki ilmu pengetahuan, ditumbuhkan pada pendidikan tinggi, melaksanakan pelayanan profesi/professional dengan menggunakan metode ilmiah. Kesepakatan ini diikuti dengan adanya pergeseran berbagai regulasi pendidikan keperawatan yang semula ditetapkan oleh Departemen Kesehatan diatur oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Demikian juga pendidikan yang semula ada di

jenjang SPK dan D III dikembangkan menjadi pendidikan tinggi pada jenjang Strata 1/profesi.

Penyelenggara pendidikan tinggi yang pertama adalah Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pada tahun 1985. Pembukaan program studi tersebut diikuti oleh beberapa universitas negeri seperti Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 1994, pada tahun 1997-1998 berdiri di Universitas Gadjah Mada, Universitas Airlangga, Universitas Diponegoro, Universitas Hasanuddin, Universitas Brawijaya, Universitas Sumatera Utara; serta perguruan tinggi swasta lainnya seperti Universitas Muhammadiyah Jakarta dan STIK St. Carolus Jakarta. Sementara itu pendidikan Akademi Perawat dengan program Pendidikan diploma tiga masih banyak jumlahnya hingga saat ini. Pada awal perkembangannya kurikulum pendidikan S-1 Keperawatan merupakan satu kesatuan dan terintegrasi antara pendidikan akademik dan pendidikan profesi yang lulusannya diberi gelar Sarjana Keperawatan yang disingkat S.Kp serta diakui sebagai perawat profesional.

Tahun 1994, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI telah menerbitkan SK Nomor 310/U/1994 tentang kurikulum yang berlaku nasional bagi program sarjana ilmu kesehatan. Dalam kurikulum ini, pembelajaran aspek akademik dan keprofesian diintegrasikan menjadi satu kesatuan. Kurikulum ini disempurnakan melalui SK nomor 129/U/1998 yang menjadikan program pendidikan Sarjana keperawatan melaksanakan kurikulum pendidikan profesi keperawatan dalam 2 (dua) tahap, yaitu tahap akademik dan tahap profesi yang merupakan satu kesatuan. Pada tahap akademik lulusannya mendapat gelar Sarjana Keperawatan disingkat S.Kep., dan tahap profesi lulusannya mendapat gelar profesi Ners disingkat Ns. Dengan demikian gelar Sarjana Keperawatan (SKp) sebagai hasil dari kurikulum 1985 dan 1994, memiliki makna yang sama dengan gelar Sarjana Keperawatan dan Ners (S.Kep. Ns) hasil kurikulum tahun 1998. Sementara itu pendidikan SPK secara berangsur ditutup pada tahun 1996. Hal ini merupakan tindak lanjut implementasi Sistem Kesehatan Nasional 1982 dan kesepakatan lokakarya nasional tahun 1983. Penataan jenis dan jenjang pendidikan keperawatan yang baik dan terarah diharapkan dapat dijadikan bahan rujukan dalam mengembangkan profesi keperawatan di masa depan. Pengembangan jenjang pendidikan Keperawatan termasuk di dalamnya jenjang akademik pendidikan tingkat magister (S-2) yaitu Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, serta jenis pendidikan profesi tingkat spesialis diberbagai bidang layanan spesialisasi yang telah dimulai

sejak tahun 1998 yang mencakup: Keperawatan Maternitas dan Keperawatan Komunitas, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Jiwa dan Keperawatan Anak. Pengembangan pendidikan Doktor Keperawatan untuk jenjang doktor (S-3) dimulai tahun 2008 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan saat ini sudah diikuti oleh institusi keperawatan lainnya.

Sejak 2008 PPNI, AIPNI dan dukungan serta bekerjasama dengan Kemendiknas melalui project Health Profession Educational Quality (HPEQ), memperbaharui dan menyusun kembali Standar Kompetensi Perawat Indonesia, Naskah Akademik Pendidikan Keperawatan Indonesia, Standar Pendidikan Ners, standar borang akreditasi pendidikan ners Indonesia. dan semua standar tersebut mengacu pada Peraturan Presiden Nomor.8 tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) dan sat ini sudah diselesaikan menjadi dokumen negara yang berkaitan dengan arah dan kebijakan tentang pendidikan keperawatan Indonesia. Standar-standar yang dimaksud diatas juga mengacu pada perkembangan keilmuan keperawatan, perkembangan dunia kerja yang selalu berubah.

11.4 Standar Pendidikan Keperawatan

Keberagaman mutu lulusan keperawatan secara nasional mendorong Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI), Asosiasi Institusi Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan Indonesia (AIPDiKI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), menyusun standar baku pendidikan untuk terpenuhinya sumber daya perawat yang berkualitas dalam memenuhi layanan keperawatan yang terstandarisasi dan berkualitas. Kegiatan ini difasilitasi oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan melalui *Health Professional Education Quality-Project (HPEQ-Project)*.

Standar Pendidikan Keperawatan Indonesia terdiri atas Standar Pendidikan Diploma Tiga, Pendidikan Ners, Pendidikan Magister, Pendidikan Spesialis Keperawatan dan Program Pendidikan Doktor. Standar Pendidikan Keperawatan Indonesia merupakan penyetara mutu pendidikan yang harus dipenuhi oleh Institusi Pendidikan Keperawatan di Indonesia, mencakup tujuh standar yaitu:

1. **Standar 1 Visi, Misi, Tujuan, sasaran, dan Strategi Pencapaian**
Standar ini adalah acuan keunggulan mutu penyelenggaraan dan strategi program pendidikan keperawatan untuk meraih cita-cita di masa depan.
2. **Standar 2 Tata Pamong, Kepemimpinan, Sistem Pengelolaan, dan Penjaminan Mutu**
Standar ini adalah acuan keunggulan mutu tata pamong (governance), kepemimpinan, sistem pengelolaan, dan sistem penjaminan mutu program pendidikan keperawatan sebagai satu kesatuan yang terintegrasi yang menjadi kunci penting bagi keberhasilan program pendidikan keperawatan.
3. **Standar 3 Mahasiswa dan Lulusan**
Standar ini adalah acuan keunggulan mutu mahasiswa dan lulusan. Program pendidikan keperawatan harus memiliki sistem seleksi yang handal, akuntabel, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan kepada seluruh pemangku kepentingan (stakeholders). Standar ini adalah upaya program untuk memberikan kompetensi yang dibutuhkan mahasiswa agar menjadi lulusan yang mampu bersaing.
4. **Standar 4 Sumber Daya Manusia**
Standar ini merupakan acuan keunggulan mutu sumber daya manusia, serta bagaimana seharusnya program pendidikan keperawatan memperoleh dan mendayagunakan sumber daya manusia serta memberikan layanan prima untuk mewujudkan visi, melaksanakan dan menyelenggarakan misi, dan mencapai tujuan program pendidikan keperawatan.
5. **Standar 5 Kurikulum, Pembelajaran, dan Suasana Akademik**
Standar ini adalah acuan keunggulan mutu kurikulum, pembelajaran, dan suasana akademik untuk menjamin mutu penyelenggaraan program pendidikan keperawatan.
6. **Standar 6 Pembiayaan, Sarana dan Prasarana, Wahana Pembelajaran Klinik serta Sistem Informasi**
Standar ini adalah acuan keunggulan mutu pembiayaan, sarana dan prasarana termasuk wahana pembelajaran klinik, serta sistem

informasi yang mampu menjamin mutu penyelenggaraan program pendidikan keperawatan.

7. Standar 7 Penelitian, Pengabdian/Pelayanan Kepada Masyarakat, dan Kerja Sama

Standar ini adalah acuan keunggulan mutu penelitian, pelayanan dan/atau pengabdian kepada masyarakat, dan kerjasama yang diselenggarakan terkait dengan pengembangan mutu program pendidikan keperawatan.

11.5 Jenis, Jenjang dan Beban Studi Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan di Indonesia mengacu kepada UU No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

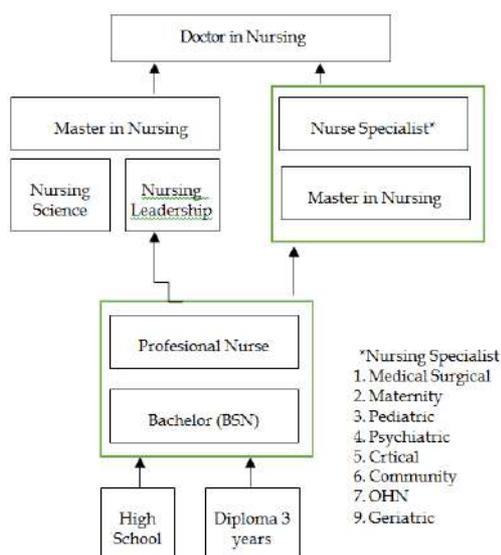
1. Jenis pendidikan tinggi keperawatan mencakup:
 - a. Pendidikan Vokasional; yaitu jenis pendidikan diploma sesuai dengan jenjangnya yang diarahkan terutama pada kesiapan penerapan dan penguasaan keahlian keperawatan tertentu sebagai perawat vokasi.
 - b. Pendidikan Akademik; yaitu pendidikan tinggi program sarjana dan pasca sarjana (magister, doktor) yang diarahkan terutama pada penguasaan dan pengembangan disiplin ilmu keperawatan.
 - c. Pendidikan Profesi; yaitu pendidikan yang diarahkan untuk mampu memecahkan masalah sains dan teknologi dalam bidang ilmu keperawatan untuk mampu mengambil keputusan strategis dengan akuntabilitas dan tanggung jawab penuh atas tindakan keperawatan dibawah tanggung jawabnya.
2. Jenjang pendidikan keperawatan mencakup:
 - a. Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan
 - b. Pendidikan Ners
 - c. Pendidikan Magister Keperawatan

- 1) Kepemimpinan dan Managemen Keperawatan
 - 2) Dasar Keperawatan (nursing science)
 - d. Pendidikan Spesialis Keperawatan terdiri dari:
 - 1) Spesialis Keperawatan Maternitas
 - 2) Spesialis Keperawatan Anak
 - 3) Spesialis Keperawatan Medikal Bedah
 - 4) Spesialis Keperawatan Jiwa
 - 5) Spesialis Keperawatan Komunitas
 - 6) Spesialis Keperawatan Kritis
 - 7) Spesialis Keperawatan Geriatrik
 - 8) Spesialis Keperawatan Keluarga
 - 9) Spesialis Keperawatan Kesehatan Kerja

Pendidikan spesialis tersebut di atas akan berkembang sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan dan kebutuhan pengembangan ilmu.
 - e. Pendidikan Doktor Keperawatan
3. Beban Studi
- Pendidikan keperawatan dilaksanakan dengan sistem kredit semester sebagaimana diamanatkan oleh Undang Undang nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Beban studi pendidikan keperawatan untuk semua jenjang sesuai SK Mendiknas No. 232/U/2000 sebagai berikut:
- a. Diploma Tiga Keperawatan memiliki beban studi 110-120 SKS
 - b. Pendidikan Ners memiliki beban studi pada tahap akademik antara 144-160 SKS, dan pada tahap Profesi memiliki beban studi antara 36-50 SKS
 - c. Magister Keperawatan memiliki beban studi antara 36-50 SKS.
 - d. Spesialis Keperawatan memiliki beban studi antara 36-50 SKS
 - e. Beban studi program doktor bagi peserta yang berpendidikan magister (S2) sebidang sekurang-kurangnya 40 SKS yang dijadwalkan untuk empat semester dengan lama studi selamanya sepuluh (10) semester. Beban studi program doktor bagi peserta yang berpendidikan magister (S2) tidak sebidang

sekurang-kurangnya 52 SKS yang dijadwalkan untuk lima semester dengan lama studi selama-lamanya sebelas (11) semester.

Jadi sistem pendidikan tinggi keperawatan dapat digambarkan dengan skema sebagai berikut:



Gambar 11.1: Sistem Pendidikan Tinggi Keperawatan

11.6 Kompetensi Keperawatan Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Kompetensi lulusan pendidikan tinggi keperawatan disesuaikan dengan level KKNI. Berikut ini digambarkan bagaimana hubungan antara jenis pendidikan, jenis pendidikan, gelar lulusan dan kompetensi. Tabel 11.1 yaitu kompetensi berdasarkan jenjang pendidikan saat ini. Sementara tabel 11.2 menunjukkan hubungan antara jenjang pendidikan, Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) bidang keperawatan dan lama pendidikannya.

Tabel 11.1: Kompetensi Berdasarkan Jenjang Pendidikan Saat Ini (Standar Profesi Perawat, 2020)

Jenis Pendidikan	Jenjang Pendidikan	Gelar Lulusan	Kompetensi
Vokasi	Diploma Tiga Keperawatan	Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)	Setelah menyelesaikan pendidikan diploma tiga, lulusan mampu menjalankan kegiatan pekerjaannya sesuai dengan 3 ranah kompetensi Diploma Tiga Keperawatan
Profesi	Ners	Ners (Ns)	Setelah menyelesaikan pendidikan profesi, lulusan mampu menjalankan kegiatan pekerjaannya sesuai dengan 3 ranah kompetensi Ners
	Ners Spesialis Keperawatan	Ns. Sp. Kep	Setelah menyelesaikan pendidikan profesi Spesialis Keperawatan, lulusan mampu menjalankan kegiatan pekerjaannya sesuai dengan 3 ranah kompetensi Ners Spesialis
Akademik	Magister Keperawatan (*)	M.Kep	Setelah menyelesaikan pendidikan magister, lulusan mampu menjalankan kegiatan pekerjaannya sesuai dengan 3 ranah kompetensi Magister Keperawatan
	Doktor Keperawatan	Dr.Kep	Setelah menyelesaikan pendidikan doktor, lulusan mampu menjalankan kegiatan pekerjaannya sesuai dengan 3 ranah kompetensi Doktor Keperawatan

Tabel 11.2: Jenjang dan Tingkat Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) Bidang Keperawatan (KKNI, 2012)

Jenjang Pendidikan	Tingkat KKNI Bidang Keperawatan	Beban Studi Vokasi	Beban Studi Akademik	Beban Studi Profesi
Diploma Tiga Keperawatan	55	110-120 sks	-	36-50 sks
Ners	7		144-160 sks	
Ners Spesialis Keperawatan	8		36-50 sks	
Magister Keperawatan (*)	8		36-50 sks	
Doktor Keperawatan	9		50 sks (matrikulasi 12 sks/semester selama 2 semester	

Penyelenggara pendidikan tersebut diatas harus memenuhi standar penyelenggaraan pendidikan yang mencakup 7 standar mencakup 1) Visi, Misi, Tujuan, sasaran dan stratetgi pencapaian; 2) Tata pamong, kepemimpinan, sisytam pengelolaan dan penjaminan mutu; 3) Mahasiswa dan Lulusan; 4) Sumber Daya Manusia; 5) Kurikulum, Pembelajaran dan Suasana akademik; 6) Pembiayaan, Sarana dan Prasarana, Sistem Informasi; 7) Penelitian, pelayanan/Pengabdian kepada Masyarakat dan Kerjasama (sebagaimana dijelaskan pada poin 11.4).

11.7 Gelar Pendidikan Vokasi, Akademik dan Profesi

Jenjang Pendidikan Tinggi Keperawatan Indonesia dan sebutan Gelar meliputi:

1. Lulusan program pendidikan diploma tiga mendapatkan sebutan Ahli Madya Keperawatan (AMd. Kep.)
2. Lulusan program pendidikan Ners mendapat gelar Ners (Ns.)
3. Lulusan program pendidikan Magister Keperawatan mendapat gelar Magister Keperawatan (M.Kep.).
4. Lulusan program pendidikan Spesialis Keperawatan mendapat gelar Spesialis Keperawatan (Sp. Kep. sesuai pencabangan ilmu keperawatan)
5. Lulusan program pendidikan doktor mendapat gelar akademik Doktor Keperawatan (Dr.Kep.).

11.8 Sertifikasi Lulusan Pendidikan Keperawatan

Sertifikasi merupakan tanda bukti keabsahan suatu akhir proses, dalam hal ini proses pendidikan keperawatan. Sertifikasi lulusan pendidikan keperawatan ini diberikan dalam bentuk/jenis sebagai berikut:

1. Ijazah diberikan oleh perguruan tinggi kepada lulusan yang telah menyelesaikan jenjang tertentu meliputi: pendidikan diploma tiga keperawatan, pendidikan Ners, pendidikan Magister Keperawatan, pendidikan Ners spesialis keperawatan dan pendidikan doktoral keperawatan.
2. Sertifikat kompetensi sebagai tanda bukti telah diselesaikannya program pendidikan berkelanjutan, diberikan oleh lembaga sertifikasi Perawat sebagai tanda telah lulus uji kompetensi perawat.

Untuk memberikan jaminan kepada masyarakat, bahwa pelayanan perawat diberikan oleh Perawat yang kompeten perlu dibuktikan melalui uji kompetensi yang telah dilakukan oleh lembaga yang berwenang. Sejak tahun 2007 sistem uji kompetensi telah dikembangkan oleh Organisasi profesi (PPNI) terhadap para perawat khususnya yang akan bekerja ke luar negeri dan lulusan baru di mana pelaksanaannya dilakukan oleh Komite Nasional Uji Kompetensi Perawat (KNUKP). Dengan dikeluarkannya Kepmenkes Nomor 1796 tahun 2011 yang mengatur tentang Registrasi Tenaga Kesehatan termasuk Perawat, maka setiap lulusan baru harus mengikuti uji kompetensi untuk mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR). STR merupakan persyaratan bagi para tenaga perawat untuk melakukan praktik mulai diberlakukan pada tahun 2013. Pelaksanaan uji kompetensi berdasarkan peraturan menteri kesehatan tersebut merupakan kewenangan dari lembaga/Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI). Dalam menjalankan tugasnya tersebut, MTKI bekerjasama dengan Lembaga Pengembangan Uji Kompetensi (LPUK) untuk mengembangkan sistem termasuk soal uji kompetensi. Bukti dari kelulusan seorang perawat dalam uji kompetensi berupa Surat Tanda Registrasi (STR) identik dengan *Registered Ners* (RN) di luar negeri.

11.9 Penjaminan Mutu Pendidikan Keperawatan

Dalam menjaga mutu lulusan (intake, proses dan output) maka setiap penyelenggara pendidikan keperawatan harus melakukan program penjaminan mutu pendidikan dengan baik Program penjaminan mutu dapat dilakukan secara internal maupun eksternal. Penjaminan mutu internal dilakukan dengan membentuk badan jaminan mutu internal, sedangkan penjaminan mutu eksternal dapat melibatkan lembaga penjaminan mutu independen yang diakui pemerintah.

1. Audit internal oleh institusi pendidikan melalui pengembangan standard pendidikan tinggi ditingkat institusi mengacu pada SNPT/SNPTK (untuk keperawatan) dan program SPMI.

2. Akreditasi eksternal oleh lembaga akreditasi mandiri pendidikan tinggi kesehatan (LAM PTkes) Akreditasi oleh LAM-PT Kes dilakukan dengan menilai proses dan kinerja serta keterkaitan antara tujuan, masukan, proses dan keluaran suatu perguruan tinggi atau program studi keperawatan melalui penilaian formatif. Prinsip akreditasi adalah *Continous Quality Improvement*.

Sementara itu pendayagunaan lulusan diberbagai fasilitas pelayanan kesehatan maupun pendidikan didasarkan pada kompetensi, yang selanjutnya ditata dalam sistem jenjang karir perawat profesional.

Bab 12

Standar-Standar Profesional dalam Praktik Keperawatan

12.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan pelayanan/asuhan profesional adalah pendekatan yang humanistik, komprehensif bersumber pada ilmu serta kiat keperawatan, berpijak pada kebutuhan secara nyata dari penderita, dengan menyebut standar profesi dan etika keperawatan perawat sebagai syarat utama (Nursalam, 2014). Menurut Depkes RI tahun 2005, Perawat berperan penting dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas di klinik/rumah sakit, karena asuhan yang mereka tawarkan bersumber pada pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual bersifat spesifik dan diterapkan selama 24 jam sehari yang terus menerus, yang merupakan keuntungan yang jelas dibandingkan dengan profesi pelayanan kesehatan lain (Christiana, 2019). Salah satu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan ialah pelayanan bantuan medis, di mana bagian dari tugas keperawatan juga meliputi pekerjaan perawat (Hidayat, 2011). Perawat sebagai suatu profesi, baik dari segi kuantitas maupun interaksi dengan pasien, telah ada lebih lama dari profesi lainnya, sehingga peranannya dalam meningkatkan kualitas pelayanan khususnya di bidang keperawatan menjadi sangat krusial (Mubarak, 2009). Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memampukan perawat untuk

mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat penerapan keperawatan yang baik adalah untuk meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan (Kozier, 2010). Pada kajian ini akan membahas bagaimana perbandingan penerapan asuhan keperawatan pada langkah evaluasi.

12.2 Standar-Standar Profesional Dalam Praktik Keperawatan

Definisi Standar Keperawatan yaitu: harapan minimum di dalam penyediaan asuhan keperawatan yang terjamin, efisien serta etis. Standar asuhan ialah tanggung jawab profesi keperawatan, buat melindungi warga dari tindakan profesi keperawatan (Hidayat, 2011).

Standar kerja keperawatan merupakan pedoman dan ukuran pelaksanaan kerja keperawatan, agar sesuai dengan nilai-nilai profesi, etika dan prinsip tanggung jawab. Standar ialah jenjang kinerja yang diimpikan dan bisa dicapai yang dibandingkan dengan pekerjaan yang nyata. Hal ini berpedoman pada panduan tentang kegiatan apa yang tidak pantas ataupun tidak bisa diterima. Standar Praktik Keperawatan adalah pernyataan tentang apa yang dibutuhkan seorang perawat terdaftar untuk melakukan praktik keperawatan. Secara keseluruhan, standar ini mencerminkan nilai-nilai profesi keperawatan dan menjelaskan apa yang diharapkan dari anggotanya dalam profesi keperawatan.

12.2.1. Standar Praktik Professional

Standar I Pengkajian

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

Dasar Pemikiran

Pengkajian keperawatan ialah bagian mendasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk memperoleh informasi primer mengenai kesehatan pasien

yang dimanfaatkan untuk mengembangkan diagnosa keperawatan dan intervensi tindakan keperawatan.

Parameter Struktur

1. Metode pengumpulan data yang digunakan dapat memastikan:
 - a. Sebuah pengumpulan data yang sistematis dan lengkap.
 - b. Kelengkapan catatan.
 - c. Informasi diperoleh dengan mudah.
 - d. Terjaminnya Kerahasiaan.
2. Pusat pelatihan memiliki alat pengumpulan data terpelihara adalah bagian integral dari sistem pengumpulan data pasien
3. Bentuk pencatatan berlandaskan proses keperawatan. Singkat, teliti, tepat dan terus menerus.
4. Alat rekam medis pasien adalah bagian dari sistem pendataan keperawatan.
5. Dalam prakteknya terdapat alat pengecekan data dan bisa digunakan jika diperlukan
6. Dalam prakteknya, terdapat tempat khusus penyimpanan data yang dapat digunakan untuk mengambil lagi jika dibutuhkan.
7. Ketersediaan sumber daya pendukung dan lingkungan.

Standar Proses

1. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data tambahan (hasil laboratorium dan uji diagnostik) dan studi dokumen lainnya.
2. Sumber informasi adalah klien, anggota keluarga atau orang dekat, tim kesehatan, catatan pasien dan informasi lainnya.
3. Klien membantu secara aktif pada saat asesmen.
4. Informasi yang dihimpun berfokus pada identifikasi:
 - a. Kondisi pasien sekarang
 - b. Kondisi pasien sebelumnya
 - c. Keadaan fungsi tubuh (Fisik)
 - d. Keadaan pada saat mengalami masalah (koping)
 - e. Keadaan kultur budaya

- f. Keadaan mental
 - g. Reaksi pada pengobatan
 - h. Berharap untuk kesehatan yang maksimal
 - i. Risiko kasus yang kemungkinan terjadi
5. Standar Evaluasi
- a. Data disimpan dan dianalisis sesuai dengan standar dan format yang ada.
 - b. Informasi yang dihasilkan akurat, up-to-date, dan memenuhi kebutuhan klien.

Standar II Diagnosa Keperawatan

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Dasar Pemikiran

Pengembangan intervensi keperawatan untuk mewujudkan penyembuhan, penangkalan dan perbaikan kelainan serta rehabilitas kesehatan pasien merupakan dasar dari diagnosa keperawatan.

Parameter Struktur

Lingkungan tempat praktik memberikan peluang ;

1. Terhadap rekan kerja, saling melakukan tukar informasi untuk menegakkan diagnosis keperawatan
2. Terdapat aturan mengenai transfer pengetahuan hasil survei untuk menentukan diagnosis keperawatan secara benar.
3. Terdapat sumber daya dan program pengembangan tenaga profesional.
4. Diagnosis pasien dicatat secara sistematis.

Standar Proses

1. Analisa dan pemaparan data yang sudah diolah, penemuan masalah pada pasien serta penegakan diagnosa keperawatan merupakan proses diagnosa.

2. Bagian diagnosis keperawatan meliputi Problem (P), Etiologi (E), Symptom (S) atau mencakup Problem dengan Etiologi (PE).
3. Kolaborasi, menjalin komunikasi dengan pasien, tenaga kesehatan yang lain guna memvalidasi diagnosis keperawatan.
4. Mengkaji kembali dan memperbaiki diagnosis bersumber dari data terkini.

Standar Evaluasi

1. Jika memungkinkan diagnosis keperawatan dikonfirmasi oleh pasien
2. Diagnosis keperawatan yang penting dan signifikan dibuat secara bersama dengan rekan sejawat
3. Untuk memudahkan intervensi, pelaksanaan, evaluasi dan riset diagnosis keperawatan harus didokumentasikan.

Standar III Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun oleh perawat guna menyelesaikan permasalahan dan meningkatkan kesehatan pasien.

Dasar Pemikiran

Intervensi keperawatan merupakan tindak lanjut yang berdasarkan pada diagnosis keperawatan.

Parameter Struktur

Tempat praktek tersedia:

1. Alat akan diperlukan guna melakukan intervensi.
2. Tersedianya perangkat penyimpanan data, oleh karenanya dapat didiskusikan.

Standar Proses

1. Intervensi merupakan penetapan prioritas, tujuan dan rencana tindakan keperawatan.
2. Berkolaborasi bersama pasien untuk penyusunan intervensi keperawatan.

3. Perencanaan keperawatan bersifat individual (sebagai individu, kelompok dan warga) yang sama dengan keadaan atau keperluan pasien.
4. Mencatat semua intervensi tindakan.

Standar Evaluasi

1. Penyusunan intervensi perawatan pasien
2. Rencana tersebut menggambarkan penyelesaian masalah diagnosis keperawatan.
3. Outline ditulis secara singkat dan gampang diakses.
4. Intervensi mencerminkan perbaikan untuk mewujudkan goal.

Standar IV Pelaksanaan Tindakan (Impelementasi)

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan

Dasar Pemikiran

Perawat melaksanakan intervensi keperawatan guna mendapatkan tujuan yang telah dipedomani profesi dan kerjasama pasien dalam aktivitas keperawatan memengaruhi hasil yang diinginkan.

Parameter Struktur

Tempat kegiatan perawatan meliputi:

1. Tenaga pelaksana aktivitas keperawatan
2. Model hubungan kerja disesuaikan keadaan.
3. Prosedur kegiatan sebagai acuan untuk meninjau dan memperbaiki aktivitas.
4. Pengembangan dan kemampuan keahlian di bidang klinik keperawatan.
5. Bentuk rujukan pelayanan keperawatan.

Standar Prosedur

1. Bekerjasama dengan pasien saat melakukan implementasi keperawatan.
2. Bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain guna peningkatan status kesehatan pasien.
3. Menjalankan aktivitas keperawatan dalam menyelesaikan masalah pasien.
4. Mengawasi perawat yang berada di bawah kewajibannya.
5. Menjadi koordinator pelayanan dan pembela bagi klien untuk mencapai tujuan kesehatannya.
6. Memberitahukan kepada klien tentang status kesehatan dan layanan kesehatan yang tersedia.
7. Memberikan pelatihan konsep & keterampilan perawatan diri kepada klien dan keluarga serta menolong klien memodifikasi area yang mereka pakai.
8. Kaji serta pantau implementasi keperawatan bersumber pada reaksi pasien.

Standar penilaian

1. Catatan tindakan keperawatan dan respon klien secara sistematis dengan mudah dicari.
2. Implementasi keperawatan dapat diterima klien.
3. Bukti yang terukur sesuai sasaran tujuan.

Standar V penilaian

Perawat menilai perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai rencana dan memperbaiki data dasar dari perencanaan.

Dasar Pemikiran

Keperawatan adalah suatu proses dinamis yang melibatkan berbagai perubahan terhadap data, diagnosis atau rencana sebelumnya. Efektivitas pengobatan tergantung dari evaluasi yang berulang.

Parameter Struktur

1. Tempat praktik memastikan: proses evaluasi didukung oleh tempat dan lingkungan.
2. Adanya data sebagai acuan perawat untuk meningkatkan intervensi tindakan.
3. Terdapatnya pengawasan dan diskusi kasus keperawatan secara efektif guna meningkatkan pilihan intervensi yang akurat.

Standar Proses

1. Menata rencana evaluasi hasil kinerja yang komprehensif, tepat waktu dan berkesinambungan.
2. Memanfaatkan data dasar dan respon pasien untuk mengukur kemajuan menuju tujuan.
3. Validasi dan analisis informasi baru dengan kolega dan pasien.
4. Kolaborasi dengan klien, keluarga untuk merubah rencana asuhan keperawatan.
5. Mencatat hasil penilaian dan perencanaan.
6. Pengawasan dan konsultasi klinik.

12.2.2 Standar Kinerja Professional

Standar I: Jaminan Mutu

Perawat secara terstruktur melakukan evaluasi kualitas dan efektivitas aktivitas keperawatan.

Dasar Pemikiran/alasan

Menilai kualitas pekerjaan keperawatan melalui evaluasi kerja adalah metode tugas profesional, yaitu memastikan perawatan yang berkualitas untuk klien.

Parameter Struktur

1. Terdapat aturan kelembagaan dalam pelaksanaan penjaminan kualitas.
2. Terdapat sistem evaluasi antar rekan dan interdisipliner yang digunakan dalam beraktivitas.

3. Perawat merupakan bagian peer review dan desain penilaian berbagai disiplin guna menilai hasil perawatan atas tindakan.
4. Adanya program peningkatan penjaminan mutu dan kualitas yang mengacu patokan kegiatan perawatan dan dilegalisasikan guna kualitas asuhan terhadap pengguna jasa.

Standar Proses

1. Aktivitas perawat secara kontinu dan tertata berpartisipasi dalam menilai pekerjaan keperawatan:
 - a. Menentukan indikator kritis dan alat pemantauan.
 - b. Koleksi data dan analisis.
 - c. Membuat kesimpulan, feedback dan rekomendasi.
 - d. Transmisi data
 - e. Membuat intervensi selanjutnya.
 - f. Membuat intervensi dan melakukan evaluasi berkala.
2. Perawat menerapkan feedback yang tepat, dan akurat sesuai program evaluasi keperawatan.

Standar Evaluasi

1. Evaluasi mengenai komitmen kualitas
2. Terdapat tahapan untuk menghilangkan kekurangan yang diamati dengan desain penilaian perawat terhadap individu, bagian masyarakat atau lembaga yang ada.

Standar II: Pengetahuan akademik

Tanggung jawab perawat sebagai profesi harus selalu update ilmu pengetahuan terkini dalam aktivitas keperawatan.

Dasar Pemikiran/alasan

Kemajuan ilmu pengetahuan serta teknologi, sosial, ekonomi, politik dan pendidikan masyarakat mengharapkan perawat dapat selalu memperoleh pengetahuan untuk meningkatkan perkembangan profesional.

Parameter Struktur

1. Aturan yang tetap memberikan peluang dan momen perawat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan pengembangan kerja keperawatan.
2. Tersedianya kesempatan dan ruang edukasi di lingkungan kerja.
3. Adanya kesempatan untuk bekerjasama melalui kegiatan organisasi untuk pengembangan profesi keperawatan.

Standar Proses

1. Perawat memiliki inisiatif belajar mandiri untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan mengembangkan keterampilannya.
2. Perawat mengikuti aktivitas tambahan seperti pertemuan ilmiah, bagian keperawatan.
3. Perawat turut serta dalam pendidikan dan pelatihan, pertemuan ilmiah atau konsultasi dengan profesi lain.
4. Perawat mengajarkan kepada rekan kerja untuk menemukan sesuatu yang dibutuhkan dalam belajar.

Standar Evaluasi

1. Semakin maju serta meningkatnya ilmu pengetahuan dan keahlian perawat dalam menerapkan ilmu keperawatan dan teknologi.
2. Penerapan Praktik klinik departemen memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini.

Standar III: Evaluasi

Aktivitas perawat menilai pekerjaan mereka sesuai ukuran profesional dan peraturan terpaut lainnya.

Dasar Pemikiran/alasan

Evaluasi kinerja keperawatan adalah cara untuk memastikan kepatuhan terhadap standar keperawatan dan peraturan terkait lainnya.

Parameter Struktur

1. Terdapat aturan mengenai evaluasi aktivitas perawat.
2. Terdapat asesor perawat sebagai anggota penilai kerja.
3. Terdapat parameter evaluasi kinerja
4. Terdapat intervensi evaluasi aktivitas berlandaskan kriteria yang telah baku.

Standar Proses

1. Berpartisipasinya perawat sesuai aturan dan terorganisir dalam evaluasi kerja meliputi:
 - a. Aturan baku dan evaluasi kerja
 - b. Asesmen kinerja berdasarkan standar yang telah dibakukan
 - c. Rumusan penilaian evaluasi kerja terdiri dari berbagai bidang yang baik dan yang kurang
 - d. Memberikan *feedback* dan *follow up*
2. Pemanfaatan hasil asesmen untuk meningkatkan dan mengembangkan kemampuan kerja perawat.

Standar Evaluasi

1. Tersedianya hasil asesmen kinerja
2. Terdapat revisi yang ditemukan terhadap kekurangan selama evaluasi kinerja.

Standar IV: Kesetaraan (Collegial)

Keikutsertaan peran perawat ketika pengembangan profesi dari rekan sejawat.

Dasar Pemikiran

Kerjasama antar teman sejawat dengan komunikasi yang baik meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi pasien.

Parameter Struktur

1. Adanya metode peer review bagi regulasi aturan kerja.
2. Adanya Perawat yang bertindak sebagai peer evaluator yang menilai hasil asuhan keperawatan.

3. Keaktifan peran perawat guna bekerjasama antar seprofesi

Standar Teknik

1. Peran serta aktif perawat melaksanakan kerjasama lintas disiplin melalui mekanisme peer review.
2. Penggunaan hasil kerjasama oleh perawat dalam melakukan pelayanan.

Standar Evaluasi

1. Terdapat persetujuan dengan rekan seprofesi
2. Perbaikan implementasi keperawatan berlandaskan dari evaluasi rapat dengan rekan sejawat.

Standar V: Budaya

Keputusan dan tindakan yang diambil perawat atas nama klien ditentukan berdasarkan prinsip budaya (norma, nilai budaya, dengan modul dan harapan profesional)

Dasar Pemikiran

Aturan budaya dalam keperawatan adalah tolak ukur bagi perawat saat mengambil keputusan etik.

Beberapa masalah etik khusus yang harus menjadi perhatian perawat di antaranya: pasien menolak dilakukan pengobatan, “informed-consent”, penarikan perawatan untuk mempertahankan keberlangsungan hidup, perihal kerahasiaan pasien.

Parameter Struktur

1. Delegasi etik keperawatan tersedia
2. Tersedianya parameter permasalahan etik
3. Terdapat aturan tentang pengambilan keputusan permasalahan etik.
4. Terdapat rencana sosialisasi etika yang profesional bagi perawat.

Standar Proses

1. Aturan etik yang mengatur Praktik keperawatan.
2. Kerahasiaan pasien selalu dijaga oleh perawat

3. Sebagai pembela/pendamping pasien adalah perawat
4. Pemberian asuhan keperawatan oleh perawat tanpa penghakiman, tanpa diskriminasi
5. Melindungi kemandirian, martabat manusia serta wewenang dari pasien yang harus diberikan perawat dalam asuhan keperawatan.
6. Keputusan etik perawat dibuat dengan sumber daya yang ada.

Standar Evaluasi

1. Tersedianya bukti catatan klien, maka masalah etik diidentifikasi dan didiskusikan pada rapat bersama
2. Tujuan pengembangan berkesinambungan pekerjaan perawat menggambarkan realisasi konsep aturan etik.

Standar VI: Kolaborasi

Kegiatan perawat selalu bekerjasama dengan klien, komunitas dan seluruh komponen kelompok multidisiplin kesehatan dalam perawatan pasien.

Dasar Pemikiran

Kompleksitas perawatan membutuhkan pendekatan multidisiplin ketika berhadapan dengan klien. Kolaborasi multidisiplin sangat penting untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengobatan dan untuk mencapai kesehatan klien yang optimal. Kolaborasi tersebut memanfaatkan keterampilan khusus penyedia layanan kesehatan untuk berkomunikasi, merencanakan, memecahkan masalah, dan mengevaluasi layanan.

Parameter Struktur

1. Ketika memberikan pelayanan kesehatan kepada klien, diikuti kebijakan kerja sama tim.
2. Perawat terlibat dalam penyusunan kebijakan terkait pelayanan klien.
3. Tersedianya jadwal pertemuan rutin.
4. Adanya mekanisme yang memastikan partisipasi pasien pada keputusan tim yang diambil.

Standar Proses

1. Konsultasi perawat dengan perwakilan profesi lain, jika perlu dalam pemberian perawatan yang maksimal kepada pasien.
2. Pengetahuan dan keahlian perawat antar rekan seprofesi perawat bisa diintegrasikan ke dalam perawatan pasien.
3. Kegiatan perawat selalu mengikutsertakan pasien pada kelompok multidisiplin
4. Perawat bertindak menjadi pembela/pendamping penerima layanan.
5. Kerjasama perawat dengan kelompok berbagai disiplin ilmu sangatlah diperlukan dalam program pendidikan, pengawasan dan riset.
6. 6. Saling mengakui dan menghormati antar rekan kerja untuk setiap kontribusi.

Standar Evaluasi

1. Terdapat legal aspek perawat merupakan komponen integral dari kelompok berbagai disiplin
2. Terdapat bukti kerjasama berbagai disiplin yang ada terhadap intervensi perawatan.

Standar VII: Penelitian

Perawat memanfaatkan temuan penelitian dalam aplikasi ilmu keperawatan.

Dasar Pemikiran

Pekerjaan perawat yang sudah diakui menjadi tenaga profesional memiliki tanggung jawab bagi pengembangan pendekatan terkini dalam praktik keperawatan melalui penelitian.

Parameter Struktur

1. Adanya kebijakan kelembagaan yang berkaitan dengan penelitian ilmiah.
2. Adanya pedoman penelitian ilmiah.
3. Perawat mempunyai kesempatan menjalankan dan berpartisipasi kegiatan penelitian yang ada dengan jenjang akademik.

4. Adanya kesempatan menggunakan fasilitas terkait dengan hasil penelitian.

Standar Proses

1. Perawat menentukan problem solving terkait aktivitas dalam penelitian
2. Hasil penelitian yang diperoleh sebagai pertimbangan dalam upaya investigasi.
3. Kewajiban perawat melakukan penelitian
4. Penerapan hasil penelitian dimanfaatkan oleh perawat
5. Perlindungan hukum diutamakan terhadap individu saat dilakukan penelitian. Perawat mengembangkan, melaksanakan dan menilai telaah penelitian ilmiah sejalan dengan jenjang akademik.
6. Bila perlu diskusikan proses bimbingan dari spesialis akan diperoleh perawat.
7. Perawat wajib menginformasikan evaluasi penelitian ilmiah.

Standar Evaluasi

1. Masalah klien ditemukan dan diselesaikan dengan usaha penelitian.
2. Terdapat fakta bahwa pengetahuan perawat secara kontinue diuji dan dilengkapi dengan hasil penelitian terkait.
3. Praktik keperawatan mencerminkan penggunaan hasil penelitian ter update dan ada diwilayah.
4. Kontribusi perawat membuat perkembangan publik dalam teori, praktik dan penelitian.

Standar VIII: Pemanfaatan Sumber-Sumber

Perawat mempertimbangkan faktor-faktor yang berkaitan dengan keselamatan, efektivitas, dan biaya ketika merencanakan dan memberikan perawatan pasien.

Dasar Pemikiran

Kegiatan keperawatan memerlukan usaha untuk mengembangkan program keperawatan yang lebih efektif dan efisien. Perawat bekerjasama dalam memetakan dalam penggunaan sumber daya pasien.

Parameter Struktur

1. Terdapat aturan jumlah produksi yang digunakan dalam jasa pemeliharaan serta sub pemeliharaan
2. Terdapat sumber pendanaan yang disetujui sesuai dengan penganggaran.
3. Terdapat Prosedur Operasional Standar yang jelas untuk mekanisme aksi dan penyelesaian konflik
4. Adanya keterangan pencatatan yang diterapkan pada tingkatan manajemen perawatan dalam merencanakan pekerjaan keperawatan, mengelola staf keperawatan, mengarahkan pekerjaan keperawatan, dan admisi, organisasi, analisis, transfer, dan mediasi untuk menyimpan informasi yang diperlukan untuk menilai hasil penelitian serta pekerjaan untuk perawat.
5. Terdapat rencana Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang di buat perusahaan.
6. Terdapat aturan pengendalian biaya yang penting.
7. Ketersediaan sarana dan prasarana yang diperlukan pelanggan.

Standar Proses

1. Departemen keperawatan membuat dan memelihara desain biaya perbagian.
2. Tanggung jawab perawat harus dimiliki guna menempatkan sumber daya profesi seefisien mungkin dan meminimalkan jumlah limbah.
3. Perawat mengontrol penggunaan dana dari fasilitas yang bertanggung jawab keperawatan untuk perawatan
4. Perawat menganalisis laporan anggaran bulanan guna menilai bentuk pengeluaran dan mengetahui bagaimana menyesuaikan penggunaannya dengan situasi yang berubah.
5. Departemen keperawatan menyetarakan total tanggungan kegiatan bagian melalui kolaborasi disiplin profesi lainnya.
6. Protokol keperawatan ditetapkan berdasarkan sasaran (membangun jaringan penunjang kerja keperawatan dan respon yang tepat terhadap semua keluhan dan konflik antara perawat dan profesi lain,

ketidaksesuaian keluarga dengan jadwal kerja, tugas kerja yang tidak adil dan orientasi kerja yang kurang).

7. Perawat bertanggung jawab atas pengoperasian peralatan.
8. Perawat bertanggung jawab untuk memastikan tingkat fasilitas K3/unit pelayanan kesehatan.

Standar Evaluasi

1. Ketersediaan Dokumen anggaran rutin kegiatan dapat dijadikan gambaran bentuk pengeluaran dan perubahan taksiran biaya
2. Bentuk loyalitas karyawan terhadap kelompok kerja terwujud karena kepuasan kinerja diakui dan dievaluasi.
3. Pengelolaan kekuatan yang diterima masyarakat secara otonom
4. Pengelolaan sumber daya perawatan kesehatan ditingkat pada tataran komunitas.
5. Kegiatan pelayanan yang ditujukan buat keamanan, efisiensi dan pengeluaran yang lazim.

Daftar Pustaka

- Abu-Baker, N. N., AbuAlrub, S., Obeidat, R. F., & Assmairan, K. (2021). Evidence-based practice beliefs and implementations: A cross-sectional study among undergraduate nursing students. *BMC Nursing*, 20(13). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00522-x>
- Abuadas, M. H. (2021). Correlates of evidence-based nursing practice among nurses in Saudi Arabia: A structural equation model. *Belitung Nursing Journal*, 7(6), 457-466. <https://doi.org.10.33546/bnj.1803>
- Achmadi. (2014). *Kesehatan Masyarakat: teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali Press
- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. F. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Elsevier Inc.
- Ahmad Kholid. (2015). *Promosi Kesehatan: Dengan pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya*. Jakarta: Rajagrafindo Perkasa.
- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450.
- Aini, N. (2018). *Teori Model Keperawatan: Keperawatan*. 1(04101003030).
- Ali Maghfuri (2015) *Buku pintar keperawatan konsep dan aplikasi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ariani, R. D. (2018, September). *Keperawatan Komunitas I*. Retrieved from <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/4438/5/Keperawatan%20Komunitas%20I.pdf>
- Ariga, R. A. (2022) *Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.

- Asmadi. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Asmuji. (2012). *Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta: Arruzz Media.
- Asmuji. (2016). *Manajemen keperawatan : Konsep dan aplikasi*. Jogjakarta: Arruzz Media.
- Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI). (2015). *Kurikulum Inti Pendidikan Ners Indonesia*. Jakarta : AIPNI
- Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan di Indonesia (AIPViKI). (2022). *Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan Indonesia*. Jakarta: AIPViKI
- Aung, K. T., Fatimah Ghazali, A., & Han, T. M. (2016). *Nursing Characteristics and Patients' Outcomes: A Retrospective Study*. *Research Article Asian J Med Health Res*. *Asian J Med Health Res*, 11(55), 1–9.
- Basok Buhari dkk. (2022). *Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Perspektif Keperawatan*. Yogyakarta. Zahir Publishing
- Bauk, K. S. (2013). *Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas*.
- Berman dan Evans. (2010). *Retail Management*. 12 th. Edition. Jakarta; Pearson
- Bishop, W. J. (1955). *Florence nightingale. Notes and Queries*, 200(JAN), 40.
- Bloomberg, S., Tosone, C., Agordo, V. M., Armato, E., Belanga, C., Casanovas, B., Cosenza, A., Downer, B., Eisen, R., Giardina, A., Gupta, S., Horst, T., Kris, J. G., Leon, S., Li, B., Montalbano, M., Moye, S., Pifer, J., Piliere, J., ... Zinman, D. (2022). *Student Reflections on Shared Trauma: One Year Later*. *Clinical Social Work Journal*, 50(1), 67–75.
- Bradford, H. M., Farley, C. L., Escobar, M., Heitzler, E. T., Tringali, T., & Walker, K. C. (2021). *Rapid Curricular Innovations During COVID-19 Clinical Suspension: Maintaining Student Engagement with Simulation Experiences*. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 66(3), 366–371.
- Carpenito, L. J. (1999) *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. 8th edn. Edited by M. Ester. Jakarta: EGC.
- Christenbery, T. L. (2017). *Evidence-based practice in nursing: Foundations, skills, and roles*. Springer. <https://doi.org/10.1891/9780826127594>

- Christiana, Y. (2019). Literature Review Evaluasi Dalam Asuhan Keperawatan (pp. 1–5).
- Darling, E. K., Easterbrook, R., Grenier, L. N., Malott, A., MurrayDavis, B., & Mattison, C. A. (2021). Lessons learned from the implementation of Canada's first alongside midwifery unit: A qualitative explanatory study. *Midwifery*, 103(April), 103146.
- Dedi, B. (2020) *Kepemimpinan dan Manajemen Pelayanan Keperawatan; Teori, Konsep dan Implementasi*. Jakarta: TIM.
- Department of Health, S. A. (2014). Nursing and Midwifery Capability and Self Development Framework. July, 1–9. [044f8ffdab2c8f2005ba75f87/Capability+and+Self+Development+Framework2014FINALPDF.pdf?MOD=AJPERES&CAHEID=5197b10044f8ffdab2c8f2005ba75f87](https://www.health.gov.au/media/10044/044f8ffdab2c8f2005ba75f87/Capability+and+Self+Development+Framework2014FINALPDF.pdf?MOD=AJPERES&CAHEID=5197b10044f8ffdab2c8f2005ba75f87)
- Dermawan, D. (2012) *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Dhita Adinda. (2018). Karakteristik Dan Sifat Dalam Proses Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*.
- Dr. Sedia Simbolon dkk. (2022). *Patient Safety: Meningkatkan kepatuhan Perawat Melaksanakan Identifikasi Pasien*
- Ermawati,Dalami (dkk). (2011). *Dokumentasi Keperawatan dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. CV. Trans Info Media.
- Fhirawati; Sihombing Marlyn, R. dkk. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan*.
- Fone, D. S. (2003). Systematic review of the use and value of computer simulation modelling in. *Journal of Public Health Medicine* 25(4, 325–335).
- Friedman, M.M., Bowden, V.R. and Jones, E. (2003) *Family Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Friedman, Bowden. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga*. Jakarta: EGC.
- Gillies, D. A. (1989). *Manajemen keperawatan: suatu pendekatan system*. Ed.2. WB Saunders Company .
- Hasian Leniwita dan Yanti Anggraini. (2019). *Modul Dokumentasi Keperawatan*.

- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A.A. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: salemba medika.
- Imbalo, P. (2007). *Jaminan mutu layanan kesehatan : Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. Jakarta: EGG.
- Irmayanti, R., Malini, H., & Murni, D. (2019). Persepsi perawat tentang Evidence Based Nursing Practice (EBNP) di rumah sakit. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(3), 516-529. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4638>
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Absolute Media.
- Johnson, A. B., Simonson, C. J., & Besant, R. W. (1998). Uncertainty analysis in the testing of air-to-air heat/energy exchangers installed in buildings. *ASHRAE Transactions*, 104(Pt 1B), 1639– 1650.
- Karimi, H., & Masoudi Alavi, N. 2015. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 4(2).
- Karunia. (2011). *Pelayanan Perawat*. http://114.7.97.203:8123/inlislite3/uploaded_files/dokumen_isi/Monograf/CHAPTER%20II_121.pdf, 3.
- Kaveevivitchai, C., Chuengkriankrai, B., Luecha, Y., Thanooruk, R., Panijpan, B., & Ruenwongsa, P. (2009). Enhancing nursing students' skills in vital signs assessment by using multimedia computer-assisted learning with integrated content of anatomy and physiology. *Nurse Education Today*, 29(1), 65–72.
- Keefe, G., & Wharrad, H. J. (2012). Using e-learning to enhance nursing students' pain management education. *Nurse Education Today*, 32(8), e66–e72.
- Kemenkes RI. (2011). *Permenkes RI No.1691/Menkes/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Indonesia
- Kemenkes RI. (2015). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety): Utamakan Keselamatan Pasien*. Jakarta: Depkes RI.
- Kepmendiknas Nomor 045 Tahun 2002 tentang *Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi*.

- Kepmendiknas Nomor 232 Tahun 2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. HK.01.07/MENKES/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat
- Kodim, Y. (2018) Konsep Dasar Keperawatan. Revisi. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Koning, M., Vink, J., Notten, N., Gevers, D., Eisinga, R., & Larsen, J. (2021). Development and preliminary validation of the Adolescent Food Parenting Questionnaire: Parent and adolescent version. *Appetite*, 167(July), 105618.
- Kozier, B, Erb. G & Blais, K. (1997) Professional Nursing Practice, Concepts and Perspectives. California: Addison-Welsey.
- Kozier, B. &. (1987). Fundamental of Nursing: Consepisis and Prosedures. California: Addison wesly.
- Kozier,B.,Glenora Erb, Audrey Berman dan Shirlee J.Snyder. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Alih bahasa : Esty Wahyu ningsih, Devi yulianti, yuyun yuningsih. Dan Ana lusyana). Jakarta :EGC
- Kurniasari, D., & Astuti, Y. A. (2015). Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Kondisi Bayi dan Dukungan Sosial Suami dengan Postpartum Blues Pada Ibu dengan Persalinan SC di Rumah
- Kusnanto (2013) Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: EGC.
- Kusnanto. (2009). Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan profesional. Jakarta: EGC.
- Kusnanto. (2014). Pengantar Profesi & Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: EGC.
- Kyle, T & Carman, S. (2015). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 2. Jakarta: EGC. Copyright © 2013 Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins
- Kynoch, K., Ramis, M. A., & Khalil, H. (2021). Prems and proms data within the acute health care context: A scoping review protocol. *JBIEvidence Synthesis*, 19(1), 229–235.

- Luckman & Sorensen, S. (1993). *Medical Surgical Nursing: A Psych Psychiologic. Edition*. Philadelphia: WB.Sauders Company.
- Lueckenotte, A. (2000). *Gerontologic Nursing*. United States of Amerika: Mosby.
- Maglione, J. L., & Neville, K. (2021). Servant Leadership and Spirituality Among Undergraduate and Graduate Nursing Students. *Journal of Religion and Health*, 60(6), 4435–4450.
- Maria Bakrie (2017) *Manajemen Keperawatan Konsep dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Mcgee, P. (2017). *Practice in the United Kingdom CO*. March. Mito Julianto. 2016. Peran dan fungsi manajemen keperawatan dalam manajemen Konflik. *Fatmawati Hospital Journal*, 1–7.
- Meishenheimer. (2001). *Sudut Pandang Pelayanan Keperawatan*. http://114.7.97.203:8123/inlislite3/uploaded_files/dokumen_isi/Monograf/CHAPTER%20II_121.pdf, 3.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. 5th ed. Wolters Kluwer.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S., & Williamson, K. (2010). Evidence-based practice: Step by step: The seven steps of Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000366056.d2>
- Mobley, W. H., Horner, S. O., & Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 408–414.
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mubarak, W. I. (2005). *Pengantar Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Sagung Seto.
- Muninjaya, A. G. (2015). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Nies dan Ewen. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edisi Pertama. Indonesia. Singapore: Elsevier.

- Nomor 36 Tahun (2014) tentang Tenaga Kesehatan. In Presiden Republik Indonesia (pp. 1–78).
- Notoatmodjo, S. (2003). *PENDIDIKAN DAN PERILAKU KESEHATAN*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurachmah. (2001, Desember 26). Asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit. perhimpunan. Retrieved from [Http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode](http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode)
- Nurchayati, F. A., Ners, M., & Kamala, R. F. (2021). Resilience affecting the recurrence rate of schizophrenia patients in health community centre, Gamping 2, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 9(1), 16.
- Nursalam (2008) *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Aplikasi dan Praktik Keperawatan Profesional*. In
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan_ Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4*. (Aklia Suslia (ed.); 4th ed.). Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 'Keperawatan'
- Peraturan Menteri Riset dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2016 Tentang Sistem Penjaminan Mutu
- Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- Peraturan Presiden nomor 8 Tahun 2012 Tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
- Permendikbud no 5 tahun 2020 Tentang Akreditasi Program Studi dan

- Permenkes Nomor 1796 Tahun 2011 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Buku 1 Edisi 7. Elsevier. Singapore
- Potter & Perry. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan*. Edisi 9. Elsevier. Singapore.
- Potter, P.A. et al. (2017) *Fundamentals of Nursing*. 9th edn. Missouri: Elsevier.
- Potter, P.A. et al. (2021) *Fundamentals of Nursing*. 11th edn. Elsevier Health Sciences.
- PPNI (2016) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2010). *Standar Praktik Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)*. Ppni, 15, 1–65.
- Prado, P. R. do, Bettencourt, A. R. de C., & Lopes, J. de L. (2019). Defining characteristics and related factors of the nursing diagnosis for ineffective breathing pattern. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 221–230.
- Proses, P., & Nurhaliza, S. (2013). *Latar Belakang Tujuan Metode*. 11, 1–5.
- Puji, U. P. E. (n.d.). *CRITICAL (Berfikir kritis) dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi*.
- Rohma, N. and Wahid, S. (2019) *Proses keperawatan : teori dan aplikasi : dilengkapi dengan NOC-NIC & aplikasi pada berbagai kasus*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Rosmalia, Dewi dan Hariyadi. (2019). *Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi*. Yogyakarta: DEEPUBLISH. ISBN : 978-623-02-0321-3.
- Sakit Umum Ahmad Yani Metro tahun (2014). *Jurnal Kesehatan Holistik*, 9(3), 115–125.
- Salemba Medika, jakarta: Vol. edisi kedu. *Nursing, R. college of*. (2003). *nursing def . Nursing is ... Steering Group : Research Assistant : Nursing Book Theory*, April 2003, 2–28.
- Sebastian, J. (2014) ‘Vulnerability and vulnerable population : an overview.’, in M. Stanhope and J. Lancaster (eds) *Foundation of Nursing in the Community*. Elsevier.

- Setyaningsih, R., Ernawati, H., & Rahayu, Y. D. (2020). Efektifitas Tehnik Breast Care Terhadap Kelancaran Produksi Asi Pada Ibu Post Partum Dengan Seksio Sesarea. *Health Sciences Journal*, 4(1), 89.
- Sharma, R. (2018). Peplau's theory. September. Sitanggang, R. 2019. Karakteristik Dalam Penerapan Proses Keperawatan Masa Kini. 1–8.
- Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 3(1), 25-3
- Sitorus Ratna, Y. (2006). Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah sakit penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan. Jakarta : EGC.
- Speroni, K. G., McLaughlin, M. K., & Friesen, M. A. (2020). Use of evidence-based practice models and research findings in Magnet-designated hospitals across the United States: National survey results. *Worldviews on evidence-based nursing*, 17(2), 98-107. <https://doi.org/10.1111/wvn.12428>
- Stevens, K. R. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>
- Suarli, S. d. (2012). Manajemen keperawatan dengan pendekatan. Jakarta: Erlangga.
- Sumijatun (2017) Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional. Revisi. TIM.
- Sunaryo., Wijayanti, R., Kuhu, M. M., Sumedi, T., Widayanti, E. D., Sykrillah, U.A., et al. (2016). Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET (Penerbit ANDI Anggota IKAPI).
- Taylor, C.R. et al. (2011) *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*. 7th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, I., Bing-Jonsson, P., Wangensteen, S., Finnbakk, E., Sandvik, L., McCormack, B., & Fagerström, L. (2020). The self assessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of

- advanced practice nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), 545–555.
- Touhy, A. J. (2005). *Ebersole & Hess' Gerontological Nursing & Healthy*. United States of America: Mosby Elsevier.
- Triwibowo, C. (2013). PERBEDAAN KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN, 2.
- Undang-Undang No. 38/2014 tentang keperawatan
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan'
- Undang-Undang RI nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional Indonesia
- Vilani, M., Guedes, C., & Borges, C. L. (2016). Nursing Process Based on Virginia Henderson Applied for a Clinical Case Report Article Nursing Process Based on Virginia Henderson Applied for a Working Elderly. September.
- Wahidah, E. Y. (2018). Identifikasi dan Psikoterapi terhadap ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). *Millah: Jurnal Studi Agama*, 17(2), 297–318.
- WHO, Geneva. (2009). *Clinical Excellence Commission Open Disclosure Handbook*. Chapter 2 (What Is a Patient Safety Incident?).
- Wijoyo. (2000). Sudut Pandang Pelayanan Keperawatan . http://114.7.97.203:8123/inlislite3/uploaded_files/dokumen_isi/Monograf/CHAPTER%20II_121.pdf, 3.
- Wong, L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 2*. Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European region*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353672/WHO-EURO-2017-5314-45078-64291-eng.pdf>
- Yulihastin, E. (2009). *Bekerja Sebagai Perawat*. Jawa Barat: Erlangga.

Biodata Penulis



Zuliani, S.Kep.Ns., M.Kep., lahir di Jombang, 16 Agustus 1989. Lulus Studi Program Ilmu Keperawatan di Universitas Pesantren Tinggi Darul ‘Ulum Jombang tahun 2011, kemudian melanjutkan Program Pascasarjana Magister Keperawatan Universitas Airlangga lulus tahun 2018. Perempuan yang kerap di sapa Zuli ini anak ke tiga dari empat bersaudara, pada tahun 2012 sampai sekarang menjadi tenaga pendidik di Universitas Pesantren Tinggi darul ‘Ulum.



Sufendi Hariyanto, S.Kep., Ns., M.MB. Lahir di Blitar, 14 Oktober 1989, menempuh pendidikan D-III Keperawatan (2008-2011), S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners (2012-2014) di Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang, dan melanjutkan S2 Magister Manajemen Bencana Universitas Airlangga Surabaya (2017-2019). Saat ini bekerja sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang, dengan Mata Kuliah yang diampu: Keperawatan Profesional, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Kritis, Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana.



Ns. Dely Maria P, MKep., Sp. Kep. Kom lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekkes Cirebon (tahun 2000) kemudian Ners di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015). Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Aktif sebagai pengurus IPKKI DKI Jakarta tahun 2017 – 2022. Penulis juga aktif menulis buku buku keperawatan, dan berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI.



Ireine Tauran, S. Kep Ners Lahir di Ambon pada tanggal 11 Juli 1974. Lulusan Universitas Hasanudin jurusan Keperawatan. Tercatat sebagai Dosen pada Stikes Prof Dr. J A Latumeten sejak 2004. Aktif pada pelayanan Rumah Sakit Prof. Dr. J A Latumeten pada tahun 2008 sampai saat ini dan aktif di organisasi DPD PPNI kota sejak tahun 2017 sampai saat ini.



Siti Urifah lahir di Jombang, pada 24 Juni 1986. Ia tercatat sebagai lulusan Magister of Nursing Science di Kasetsart University, Thailand. Wanita yang kerap disapa Siti ini adalah anak dari pasangan H. Ngateman (ayah) dan Hj. Asmunik (ibu). Siti memulai karir dengan menjadi dosen Fakultas Ilmu Kesehatan di Unipdu-Jombang sejak tahun 2010. Hingga pada tahun 2014 ia mendapatkan beasiswa BUDI-LN dari Dikti untuk melanjutkan kuliahnya sebagai salah satu syarat untuk menjadi seorang dosen dan pada 2016 ia kembali mendapatkan beasiswa dari National University of Singapore berupa sort course dalam bidang penelitian kesehatan tingkat Asia. Siti kini dikaruniai seorang putri bernama Gayatri.



Angga Sugiarto lahir di Temanggung, Jawa Tengah. Merupakan dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Menulis beberapa buku ber ISBN serta artikel di media online dan cetak. Hingga kini telah menghasilkan beberapa tulisan baik di bidang keperawatan maupun lainnya.



Sitti Muhsinah lahir di Lombe, Sulawesi Tenggara pada 9 Mei 1986. Ia tercatat sebagai lulusan sarjana keperawatan di Universitas Hasanuddin dan menempuh program magister di Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Sitti ini adalah anak dari pasangan Muslihi (ayah) dan Murniati (ibu). Aktif bekerja sebagai di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari Sulawesi Tenggara sejak tahun 2010 hingga sekarang.



Neneng Kurwiyah lahir di Indramayu, pada 14 Maret 1975. Ia tercatat sebagai lulusan Kasetsart University Thailand. Wanita yang kerap disapa Neneng ini adalah anak dari pasangan H. Ikhwanuddin (ayah) dan Hj. Daemah (ibu). Neneng merupakan salah seorang tim pengajar dari Departemen Keilmuan Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Ia juga sebagai anggota pada bidang keilmuan yaitu Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) dan anggota profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Pada akhir tahun 2020 diberi sebuah amanah sebagai Kepala Program Studi Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.



Esther Lenny Dorlan Marisi lahir di Jakarta, pada 24 Oktober 1979. Pengalaman bekerja di RS Sumber Waras Jakarta (2001-2006) dan bekerja sebagai Staf pengajar Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Sumber Waras (2006-sekarang). Fokus mengajar mata kuliah kepemimpinan dan manajemen keperawatan, keperawatan keluarga, komunikasi dalam keperawatan dan Metodologi keperawatan. Telah menempuh pendidikan diploma Tiga Keperawatan di Stikes Sumber Waras (1998-2001), melanjutkan pendidikan sarjana di STIK Sint Carolus (2014-2016), Ners di STIK Sint Carolus (2016-2017) dan melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister Keperawatan di STIK Sint Carolus jurusan Manajemen Keperawatan (2018-2020). Kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukan sekitar area kampus STIKES Sumber Waras, Grogol, Jakarta Barat.



Marisa Junianti Manik, DNP., memulai karirnya dalam pendidikan keperawatan pada tahun 2007. Saat ini dia merupakan dosen tetap pada Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan dan juga bertanggung jawab sebagai Kepala Program Profesi Ners. Mata kuliah yang diajarkannya meliputi Anatomi fisiologi, Farmakologi dasar dalam keperawatan, Keperawatan gawat darurat dan kritis, serta Manajemen bencana. Dia memiliki passion dalam pendidikan keperawatan, khususnya keperawatan klinik. Setelah lulus dari SPK St. Elisabeth Medan pada tahun 1998 dan Diploma III Keperawatan STIK Sint Carolus pada tahun 2003, dia melanjutkan pendidikan sarjana keperawatan dan lulus pada tahun 2006 dari Sint Paul University Philippines. Sambil bekerja penuh waktu sebagai dosen, dia mengikuti program pendidikan master keperawatan dengan peminatan keperawatan kritis di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2010-2012. Kecintaannya pada dunia pendidikan keperawatan membawanya pada terminal degree dalam keperawatan dengan menyelesaikan program Doctor in Nursing Practice dari Indiana Wesleyan University Amerika Serikat pada April 2022.



Enni Juliani lahir di Laras, pada 11 Juli 1970. Ia tercatat sebagai lulusan sarjana Keperawatan Universitas Indonesia, Magister Keperawatan Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Enni ini adalah anak dari pasangan Kasiman (ayah) dan Martina (ibu). Penulis sudah menjadi dosen tetap sejak tahun 1995 di Akademi Keperawatan RS Husada yang saat ini sudah menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) RS Husada Jakarta. Penulis aktif melakukan tri darma pendidikan tinggi, yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Pada tahun 2018 Enni meraih hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI.



Ani Kuswati lahir di Paguyangan Brebes, 23 Maret 1974. Pendidikan DIII Keperawatan di Akper Yakpermas Banyumas lulus tahun 1995, Menyelesaikan S1 Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2006, melanjutkan S2 Hukum di Universitas Jenderal Soedirman selesai pendidikan tahun 2012. Saat ini aktif sebagai dosen Poltekkes Kemenkes Semarang. Buku yang pernah di tulis Asuhan Keperawatan Gerontik. Korespondensi aniwahyu74@gmail.com

KEPERAWATAN PROFESIONAL

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu ilmu keperawatan profesional yang berkembang pesat dan akan selalu ada informasi yang dapat diterapkan pada saat merawat pasien, semakin banyak pengetahuan dan pengalaman yang didapatkan seorang perawat, akan membuatnya semakin baik dalam memberikan pelayanan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka perawat harus tetap belajar agar kemampuan intelektual dan emosional perawat dapat berkembang, dan mampu berpikir kritis untuk menyelesaikan masalah, serta membuat keputusan dengan tepat, benar, dan efisien dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Buku ini memberikan banyak mengulas keperawatan profesional tentang :

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan

Bab 2 Peran, Fungsi dan Kompetensi Perawat

Bab 3 Konsep Sehat Sakit

Bab 4 Pelayanan Keperawatan

Bab 5 Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Bab 6 Sasaran Pelayanan Keperawatan

Bab 7 Proses Keperawatan

Bab 8 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Bab 9 Model-model Praktik Keperawatan

Bab 10 Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

Bab 11 Sistem Pendidikan Keperawatan

Bab 12 Standar-Standar Profesional dalam Praktik Keperawatan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

KEPERAWATAN - Referensi

ISBN 978-623-342-693-0



9 786233 426930

KEPERAWATAN PROFESIONAL

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu ilmu keperawatan profesional yang berkembang pesat dan akan selalu ada informasi yang dapat diterapkan pada saat merawat pasien, semakin banyak pengetahuan dan pengalaman yang didapatkan seorang perawat, akan membuatnya semakin baik dalam memberikan pelayanan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka perawat harus tetap belajar agar kemampuan intelektual dan emosional perawat dapat berkembang, dan mampu berpikir kritis untuk menyelesaikan masalah, serta membuat keputusan dengan tepat, benar, dan efisien dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Buku ini memberikan banyak mengulas keperawatan profesional tentang :

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan

Bab 2 Peran, Fungsi dan Kompetensi Perawat

Bab 3 Konsep Sehat Sakit

Bab 4 Pelayanan Keperawatan

Bab 5 Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Bab 6 Sasaran Pelayanan Keperawatan

Bab 7 Proses Keperawatan

Bab 8 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Bab 9 Model-model Praktik Keperawatan

Bab 10 Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

Bab 11 Sistem Pendidikan Keperawatan

Bab 12 Standar-Standar Profesional dalam Praktik Keperawatan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

KEPERAWATAN - Referensi

ISBN 978-623-342-693-0



9 786233 426930